Judith S. Beck

TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA

Podstawy i zagadnienia szczegółowe

Z przedmową Aarona T. Becka

Tłumaczenie
Małgorzata Cierpisz
Robert Andruszko

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Scanned by CamScanner

Seria: PSYCHIATRIA I PSYCHOTERAPIA

Tytuł oryginału: *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond*

Copyright © 2011 by Judith S. Beck
Published by The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.

© Copyright for Polish Translation and Edition by Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Wydanie II, Kraków 2012

All rights reserved

Niniejszy utwór ani żaden jego fragment nie może być reprodukowany, przetwarzany i rozpowszechniany w jakikolwiek sposób za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych oraz nie może być przechowywany w żadnym systemie informatycznym bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawcy.

BIBLIOTEKA Wydz. Pedagogiki i Psychologii

C9639332
K29/13/25

Redaktor naukowy
dr Agnieszka Popiel

Projekt okładki
Marcin Bruchnalski

ISBN 978-83-233-3383-8

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

www.wuj.pl

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków
tel. 12-631-18-80, tel./fax 12-631-18-83
Dystrybucja: tel. 12-631-01-97, tel./fax 12-631-01-98
tel. kom. 506-006-674, e-mail: sprzedaz@wuj.pl
Konto: PEKAO SA, nr 80 1240 4722 1111 0000 4856 3325

Mojemu Ojcu,
doktorowi Aaronowi T. Beckowi

Scanned by CamScanner

Nota o autorze

Dr Judith S. Beck jest przewodniczącą Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy (www.beckinstitute.org) i profesorem nadzwyczajnym psychologii klinicznej na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Pensylwanii. Napisała prawie 100 artykułów i rozdziałów, a także kilka książek dla terapeutów i pacjentów, wygłosiła setki prezentacji w kraju i za granicą na temat terapii poznawczo-behawioralnej. Jest współautorką Beck Youth Inventories oraz Personality Belief Questionnaire. Dr Judith Beck należy do grona członków założycieli Akademii Terapii Poznawczej, była również jej przewodniczącą.

Scanned by CamScanner

Przedmowa

Cieszę się, że sukces pierwszego wydania książki *Terapia poznawcza. Podstawy i zagadnienia szczegółowe* stał się bodźcem do opracowania poprawionego wydania. Czytelnicy znajdą w nim świeże spostrzeżenia dotyczące tej metody psychoterapii, dlatego wierzę, że zostanie ono dobrze przyjęte zarówno przez osoby dobrze zorientowane w terapii poznawczo-behawioralnej, jak i przez studentów, którzy się z nią dopiero zapoznają. Biorąc pod uwagę ogromną liczbę nowych badań oraz rozwój idei, które nadal pobudzają do fascynujących zmian w tej dziedzinie, bardzo przychylnie odniosłem się do wysiłków na rzecz rozszerzenia tego tomu i uwzględnienia w nim niektórych nowych sposobów rozumienia problemów naszych pacjentów i ich leczenia.

Chciałbym pokrótce opisać początki terapii poznawczej i jej późniejszy rozwój. Kiedy zacząłem leczyć pacjentów za pomocą zbioru procedur, które później nazwałem „terapią poznawczą" (a obecnie nazywam „terapią poznawczo-behawioralną"), nie miałem pojęcia, dokąd zaprowadzi mnie podejście tak bardzo odbiegające od mojego psychoanalitycznego wykształcenia. Na podstawie obserwacji poczynionych podczas praktyki terapeutycznej oraz systematycznych badań i eksperymentów klinicznych wysunąłem teorię, że u źródeł zespołów psychicznych, na przykład depresji czy lęku, leży zaburzenie myślenia. Zaburzenie to znajdowało odbicie w systematycznych błędach popełnianych przez pacjentów przy interpretowaniu określonych doświadczeń. Okazało się, że ukazanie pacjentom ich błędnych interpretacji i zaproponowanie alternatywy – wytłumaczenia bardziej prawdopodobnego – prowadzi do niemal natychmiastowego zmniejszenia objawów. Szkolenie pacjentów w zakresie tych umiejętności poznawczych pomagało w podtrzymaniu tej poprawy. To skupienie się na bieżących problemach wydawało się prowadzić do niemal zupełnego złagodzenia objawów w okresie od dziesięciu do czternastu tygodni. Późniejsze badania kliniczne przeprowadzone przez mój zespół oraz terapeutów i naukowców z innych ośrodków potwierdziły

Scanned by CamScanner

skuteczność tej metody terapii w zaburzeniach lękowych, zaburzeniach depresyjnych oraz zaburzeniu lękowym z napadami paniki.

Można zaryzykować stwierdzenie, że w połowie lat osiemdziesiątych terapia poznawcza osiągnęła status „systemu psychoterapeutycznego". Obejmował on: 1) teorię osobowości i psychopatologii z solidnymi danymi empirycznymi na potwierdzenie jej podstawowych postulatów, 2) model psychoterapii ze zbiorami zasad i strategii odpowiadających założeniom teorii oraz 3) solidne dane empiryczne oparte na badaniach klinicznych i potwierdzające skuteczność tej metody.

Obecnie nowe pokolenia terapeutów, badaczy i wykładowców prowadzą badania nad pojęciowym modelem psychopatologii oraz stosują terapię poznawczo-behawioralną do szerokiego spektrum zaburzeń psychicznych. Systematyczne badania dotyczą podstawowych poznawczych wymiarów osobowości i zaburzeń psychicznych, charakterystycznych dla tych zaburzeń zniekształceń w przetwarzaniu i odtwarzaniu informacji oraz związków między podatnością a stresem.

Wielość zastosowań terapii poznawczo-behawioralnej zdecydowanie przekroczyła moje wyobrażenia z okresu, kiedy za pomocą tej metody leczyłem kilka pierwszych przypadków depresji oraz zaburzeń lękowych. Na podstawie badań klinicznych badacze na całym świecie, a zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, stwierdzili, że terapia poznawczo-behawioralna jest skuteczna w tak różnych zaburzeniach jak zaburzenie stresowe pourazowe, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, wszelkiego rodzaju fobie, a także zaburzenia odżywiania się. W połączeniu z farmakoterapią często przynosi korzyści w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej i schizofrenii. Terapia ta okazała się także przydatna w wielu przewlekłych chorobach somatycznych, takich jak ból okolicy lędźwiowo-krzyżowej, zapalenie jelita grubego, nadciśnienie i zespół przewlekłego zmęczenia.

Od czego powinien zacząć naukę początkujący terapeuta mający do dyspozycji różnorodne zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej? Odwołam się tutaj do *Alicji w Krainie Czarów* – powinien „zacząć od początku". W tym kontekście jasny staje się cel niniejszej książki. Zamiarem autorki, dr Judith Beck, przedstawicielki młodszego pokolenia terapeutów poznawczo-behawioralnych (i osoby, która jako nastolatka słuchała moich rozważań na temat nowej teorii), jest przedstawienie solidnych podstaw tej metody terapii. Mimo że różnorodność zastosowań terapii poznawczo-behawioralnej może onieśmielać, to wszystkie procedury opierają się na opisanych tutaj podstawowych zasadach. Nawet doświadczonym praktykom lektura tej książki może pomóc w udoskonaleniu umiejętności konceptualizacji przypadku, rozszerzeniu repertuaru technik terapeutycznych, opracowywaniu skuteczniejszych planów terapii i sprawniejszym rozwiązywaniu problemów napotykanych w jej trakcie.

Oczywiście żadna książka nie zdoła zastąpić superwizji w terapii poznawczo-behawioralnej, ale niniejsza publikacja jest ważną pozycją i może być uzupełniona superwizją oferowaną przez sieć wyszkolonych terapeutów (dodatek B).

Doktor Judith Beck ma wszelkie kwalifikacje potrzebne do napisania podręcznika terapii poznawczo-behawioralnej. Przez ostatnie 25 lat prowadziła liczne warsztaty i szkolenia w zakresie tej terapii, konsultowała przypadki, superwizowała wielu początkujących i doświadczonych terapeutów, pomagała w opracowaniu protokołów leczenia różnych zaburzeń oraz czynnie uczestniczyła w badaniach naukowych w tej dziedzinie. Dzięki tak ogromnemu doświadczeniu napisała książkę zawierającą wiele przydatnych informacji, której pierwsze wydanie stało się głównym podręcznikiem terapii poznawczo-behawioralnej w większości podyplomowych programów kształcenia w zakresie psychologii, psychiatrii, pracy socjalnej i poradnictwa.

Praktykowanie terapii poznawczo-behawioralnej nie jest proste. Na przykład w trakcie badań klinicznych obserwowałem kilku terapeutów, którzy potrafią pozorować pracę z „automatycznymi myślami" bez rzeczywistego zrozumienia tego, jak pacjent postrzega swój osobisty świat i bez wyczucia zasady „empiryzmu opartego na współpracy". Książka dr Judith Beck ma w zamierzeniu kształcić i szkolić początkujących oraz doświadczonych terapeutów w terapii poznawczo-behawioralnej – w stopniu godnym podziwu autorce udało się ten cel osiągnąć.

Dr n. med. AARON T. BECK
Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy
Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Pensylwanii

Scanned by CamScanner

Wstęp

Ostatnie dwie dekady były fascynującym okresem w rozwoju terapii poznawczej. Wraz z pojawieniem się ogromnej liczby nowych badań terapia poznawczo-behawioralna stała się w przypadku wielu zaburzeń leczeniem z wyboru nie tylko dlatego, że szybko zmniejsza doznawane przez ludzi cierpienie i prowadzi do ustąpienia ich objawów, ale także dlatego, że pomaga im w podtrzymaniu poprawy stanu zdrowia. Głównym celem naszej nienastawionej na zysk organizacji, Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, jest zapewnienie najnowocześniejszego szkolenia specjalistom w dziedzinie zdrowia psychicznego w Filadelfii i na całym świecie. Nie wystarczy jednak poznawanie tego rodzaju psychoterapii poprzez warsztaty i różne programy treningowe. Przeszkoliwszy wiele tysięcy ludzi w ciągu ostatnich 25 lat, nadal uważam, że terapeuci muszą mieć podstawowy podręcznik, który mogą przeczytać i do którego mogą wielokrotnie sięgać, jeśli mają opanować teorię, zasady i praktykę terapii poznawczo-behawioralnej.

Niniejsza książka jest przeznaczona dla szerokiego kręgu specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego, począwszy od tych, którzy nigdy nie spotkali się z tą metodą terapii, a skończywszy na doświadczonych terapeutach, którzy chcieliby doskonalić swoje umiejętności w zakresie poznawczej konceptualizacji przypadku, planowania leczenia, zastosowania różnych technik, oceniania skuteczności prowadzonej przez siebie terapii oraz rozpoznawania problemów ujawniających się w jej trakcie. Aby przedstawić materiał w sposób jak najbardziej przejrzysty, zilustrowałam go przykładem jednej pacjentki (której imię i cechy umożliwiające identyfikację zmieniłam). Sally pod wieloma względami jest pacjentką idealną, a jej terapia stanowi klarowny przykład „standardowej" terapii poznawczo-behawioralnej pojedynczego epizodu depresji bez powikłań. Choć przedmiotem opisanej terapii jest prosty przypadek depresji z cechami lękowymi, to przedstawione techniki można także zastosować do pacjentów

Scanned by CamScanner

z najróżniejszymi problemami. W tekście pojawiają się odniesienia do publikacji poświęconych innym zaburzeniom, co ułatwi czytelnikowi dostosowanie terapii do konkretnych potrzeb pacjenta.

Pierwsze wydanie tej książki ukazało się w 20 językach; otrzymałam informacje zwrotne z całego świata, z których większość uwzględniłam w niniejszym nowym wydaniu. Dołączyłam także nowe materiały dotyczące diagnozy i aktywizacji behawioralnej, Skalę Oceny Terapii Poznawczej (wykorzystywaną w wielu badaniach i programach szkoleniowych do pomiaru kompetencji terapeuty) oraz Poznawczy Opis Przypadku (oparty na szablonie dostarczanym przez Akademię Terapii Poznawczej jako warunek otrzymania certyfikatu). Położyłam również większy nacisk na relację terapeutyczną, ukierunkowane dochodzenie do prawdy i dialog sokratejski, wydobywanie i wykorzystywanie mocnych stron i zasobów pacjenta oraz pracę osobistą. Opierałam się na mojej praktyce klinicznej, nauczaniu i superwizji, badaniach i publikacjach w tej dziedzinie oraz dyskusjach ze studentami i kolegami z wielu różnych krajów, którzy specjalizują się w różnych aspektach terapii poznawczo-behawioralnej i w wielu rozmaitych zaburzeniach.

Książka ta nie powstałaby, gdyby nie przełomowe dokonania twórcy terapii poznawczej, Aarona T. Becka, który jest także moim ojcem oraz wyjątkowym naukowcem, teoretykiem, terapeutą i człowiekiem. Wiele nauczyłam się także od każdego superwizora, terapeuty i pacjenta, z którymi pracowałam. Jestem im wszystkim wdzięczna.

Wstęp do wydania polskiego

Możliwość napisania słowa wstępnego do drugiego wydania podręcznika Judith Beck w Polsce to wielki zaszczyt i przyjemność.

Drugie wydanie tej książki stanowiącej podstawę uczenia (się) terapii poznawczej jest dowodem na rozwój orientacji poznawczo-behawioralnej i coraz większą liczbę profesjonalistów korzystających z literatury przedmiotu. Warto więc zwrócić uwagę na kilka aspektów pozwalających osadzić ten podręcznik w realiach psychoterapii w naszym kraju i w kontekście rozwoju psychoterapii poznawczo-behawioralnej.

Pierwsze wydanie podręcznika w języku angielskim ukazało się w 1995 roku – na trzy lata przed założeniem Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej (PTTPB) i rozpoczęciem intensywnych szkoleń w tym zakresie w różnych ośrodkach w Polsce. W 2005 roku książka Judith Beck była jednym z pierwszych podręczników terapii poznawczej opublikowanych w języku polskim. Została wydana niemal w tym samym czasie, gdy dopiero powstawały polskie terminy w tej dziedzinie psychoterapii (automatyczne myśli, dialog sokratejski, przekonania kluczowe). Pojęcia były często tworzone „na gorąco" w trakcie tłumaczonych z języka angielskiego wykładów i zaczynały żyć własnym życiem. Język jest strukturą podlegającą stałym zmianom. W terapii poznawczej ważnym, początkowym etapem pracy z pacjentem jest oswajanie się z modelem poznawczym rozumienia problemu i terminologią. Język terapii poznawczej stanowi podstawę porozumienia terapeuta–pacjent, a także terapeuta–terapeuta, terapeuta–superwizor czy badacz–terapeuta. Kilka ostatnich lat niezwykle intensywnego rozwoju terapii poznawczo-behawioralnej w Polsce pozwoliło na obserwację tego zjawiska oraz uwzględnianie kontekstu kulturowego niektórych pojęć (np. problem zadań/prac domowych czy prac osobistych). Mamy nadzieję, że pewne modyfikacje tłumaczenia zawarte w niniejszym wydaniu książki Judith Beck poprawią komfort korzystania z podręcznika oraz jakość porozumienia w zarysowanych wyżej obszarach.

Scanned by CamScanner

O ile pierwsze wydanie polskie ukazało się 10 lat po opublikowaniu oryginału, o tyle drugie wydanie angielskie pojawiło się niemal w tym samym czasie (2011) co wydanie polskiego tłumaczenia. Podręcznik pozostał w istocie tą samą, podstawową dla adeptów terapii poznawczej pozycją. Jego nieocenionym walorem jest pokazanie kompletnego sposobu prowadzenia klasycznej, stworzonej przez Aarona T. Becka (ojca autorki) psychoterapii poznawczej na przykładzie leczenia zaburzenia, od którego również „wszystko się zaczęło" – depresji. Krytycy zwrócą zapewne uwagę na cechy „książki kucharskiej", jaką ten podręcznik bez wątpienia jest. Jednak każdy początkujący w sztuce kulinarnej zgodzi się zapewne, że szczegółowe wskazówki dotyczące składników i procedur przygotowania potraw są podstawą powodzenia, a ekspert z radością sięga do przepisów opracowanych przez innych, aby wzbogacić własny warsztat. Jest to zatem podręcznik dla osób o różnym stopniu zaawansowania. Autorka ograniczyła do minimum podstawy teoretyczne terapii poznawczej, pozostawiając innym szerszy kontekst filozoficzny i obszary badań naukowych weryfikujących założenia teoretyczne terapii i jej skuteczność. Istotna zmiana w oryginale dotyczy dwóch kwestii: tytułu, w którym słowo „terapia poznawcza" zgodnie z duchem czasu zostało zastąpione terminem „terapia poznawczo-behawioralna", oraz przede wszystkim zaakcentowania znaczenia relacji terapeutycznej w psychoterapii poznawczo-behawioralnej. Ostatnie 15 lat to okres, gdy na świecie toczyły się żywe dyskusje nad oczekiwaną zmianą paradygmatu w terapii poznawczo-behawioralnej wraz z nadejściem tzw. terapii trzeciej fali. Mimo że – jak się wydaje z krótkiej dziś perspektywy czasu – rewolucja trzeciej fali nie nastąpiła w takim zakresie, jak się spodziewano, dyskusja na ten temat była bardzo ważna, a jej rezultatem jest zwrócenie uwagi na istnienie milczących założeń w terapii poznawczo-behawioralnej. Jedną z takich entymematycznych przesłanek – często pomijanych, gdyż uznawanych za oczywiste – jest rola relacji terapeutycznej w procesie terapii. Znaczenie relacji opartej na zaufaniu i porozumieniu w terapii poznawczo-behawioralnej jest w drugim wydaniu tej książki mocno zaakcentowane, choć – co należy podkreślić – nie jako nowość czy „osiągnięcie trzeciej fali", lecz jako konieczna (choć zapewne niewystarczająca dla dokonania zmiany) podstawa terapii.

Okres między pierwszym a drugim wydaniem podręcznika Judith Beck to bez wątpienia czas rewolucji poznawczo-behawioralnej w Polsce. Na mapie Europy jesteśmy wciąż krajem, w którym liczba wykwalifikowanych terapeutów poznawczo-behawioralnych jest znikoma w stosunku do potrzeb, proporcje te ulegają jednak korzystnym zmianom[1]. Radykalnie zmieniły się możliwości kształcenia i korzystania z literatury przedmiotu – niemal wszystkie stanowiące kanon literatury poznawczej pozycje zostały przetłumaczone na język polski[2]. Czas spędzany przez psychoterapeutów na szkoleniach i superwizjach może być więc pełniej wykorzystany na doskonalenie warsztatu zamiast przekazywania wiedzy podstawowej. Osoby cierpiące na zaburzenia lękowe, depresje, zaburzenia osobowości, schizofrenię czy zaburzenia specyficzne dla wieku rozwojowego mają dzięki temu szansę na skorzystanie z tych metod terapii, których skuteczność potwierdzono w badaniach naukowych[3] – a do takich terapia poznawczo-behawioralna bez wątpienia należy.

Agnieszka Popiel
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

[1] EABCT – www.eabct.com.

[2] Tłumaczenia podręczników wydanych dotychczas w serii Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego dotyczą m.in. psychoterapii poznawczo-behawioralnej zaburzeń: lękowych (Wells), afektywnych (Ramirez-Basco i Rush), osobowości (Linehan; A.T. Beck i wsp.), schizofrenii (A.T. Beck i wsp.) uzależnień (A.T. Beck i wsp.) czy występujących u dzieci i młodzieży (Kazdin i Weisz).

[3] National Institute of Health and Clinical Excellence: www.nice.org.uk; The Improving Access to Psychological Therapies (IAPT): www.iapt.nhs.uk.

Scanned by CamScanner

Spis treści

Rozdział 1. Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej ... 1
Co to jest terapia poznawczo-behawioralna? ... 2
Jaka teoria leży u podstaw terapii poznawczo-behawioralnej? ... 3
Co mówią badania? ... 4
W jaki sposób została opracowana terapia poznawczo-behawioralna Becka? ... 4
Jakie są podstawowe zasady terapii poznawczo-behawioralnej? ... 7
Jak wygląda sesja terapeutyczna? ... 13
Rozwój kompetencji terapeuty poznawczo-behawioralnego ... 14
Jak korzystać z tej książki ... 16

Rozdział 2. Ogólny zarys terapii ... 19
Rozwijanie relacji terapeutycznej ... 19
Planowanie terapii i strukturyzacja sesji ... 23
Identyfikowanie i podważanie dysfunkcjonalnych treści poznawczych ... 25
Akcentowanie tego, co pozytywne ... 29
Wspomaganie poznawczej i behawioralnej zmiany pomiędzy sesjami (praca osobista) ... 30

Rozdział 3. Konceptualizacja poznawcza ... 32
Model poznawczy ... 33
Przekonania ... 35
Związek między zachowaniem a myślami automatycznymi ... 39

Rozdział 4. Sesja diagnostyczna ... 49
Cele sesji diagnostycznej ... 50
Porządek sesji diagnostycznej ... 51

Scanned by CamScanner

Rozpoczęcie sesji diagnostycznej 51
Faza badania diagnostycznego 52
Ostatnia część badania diagnostycznego 56
Udział członka rodziny 56
Przedstawienie swoich wrażeń 57
Wyznaczenie wstępnych celów leczenia i przedstawienie planu terapii 57
Oczekiwania wobec terapii 60
Sformułowanie wstępnej konceptualizacji poznawczej i planu terapii 61

Rozdział 5. Porządek pierwszej sesji 63
Cele i porządek wstępnej sesji 63
Ustalanie programu 64
Sprawdzenie nastroju 67
Uaktualnienie danych 68
Omówienie diagnozy 70
Rozpoznanie problemu i wyznaczenie celów 73
Zapoznanie pacjenta z modelem poznawczym 76
Omówienie problemu lub aktywizacja behawioralna 79
Podsumowanie sesji i przegląd pracy osobistej 80
Informacje zwrotne 82

Rozdział 6. Aktywizacja behawioralna 86
Konceptualizacja bezczynności 86
Konceptualizacja braku poczucia sukcesu lub przyjemności 87
Wykorzystanie karty aktywności do oceny adekwatności przewidywań 104

Rozdział 7. Porządek sesji drugiej i następnych 107
Pierwsza część sesji 108
Środkowa część sesji 120
Końcowe podsumowanie i informacje zwrotne 128
Sesja trzecia i następne 129

Rozdział 8. Problemy ze strukturyzacją sesji terapeutycznej 132
Treści poznawcze terapeuty 132
Przerywanie pacjentowi 133
Zaznajomienie pacjenta z terapią 134
Zaangażowanie pacjenta 134
Utrwalanie przymierza terapeutycznego 135
Sprawdzenie nastroju 136
Uaktualnienie danych 138
Nawiązanie do poprzedniej sesji 140
Omówienie pracy osobistej 143
Omówienie punktów programu 143

Wyznaczanie nowej pracy osobistej 145
Końcowe podsumowanie 145
Informacje zwrotne 146

Rozdział 9. Rozpoznawanie automatycznych myśli 147
Charakterystyczne cechy automatycznych myśli 147
Wyjaśnianie charakteru automatycznych myśli 150
Wydobywanie automatycznych myśli 152
Rozpoznawanie problemowej sytuacji 158
Nauka rozpoznawania myśli automatycznych 166

Rozdział 10. Rozpoznawanie emocji 169
Odróżnianie automatycznych myśli od emocji 170
Znaczenie rozróżniania emocji 172
Trudności z nazywaniem emocji 173
Ocena nasilenia emocji 174
Nasilenie emocji jako wskazówka w prowadzeniu terapii 177

Rozdział 11. Weryfikowanie automatycznych myśli 178
Wybieranie głównych myśli automatycznych 178
Weryfikowanie automatycznych myśli za pomocą dialogu sokratejskiego 181
Ocena rezultatu procesu weryfikacji 187
Poszukiwanie przyczyn nieskuteczności weryfikacji 188
Analiza myśli pacjenta za pomocą metod alternatywnych 190
Kiedy automatyczne myśli są zgodne z prawdą 194
Uczenie pacjentów weryfikowania myśli 196
Droga na skróty – kiedy w ogóle zrezygnować z pytań 197

Rozdział 12. Podważanie automatycznych myśli 199
Omawianie notatek z terapii 200
Weryfikacja i podważanie nowych automatycznych myśli pomiędzy sesjami 204
Inne sposoby podważania automatycznych myśli 210

Rozdział 13. Rozpoznawanie i modyfikacja przekonań pośredniczących 211
Konceptualizacja poznawcza 212
Modyfikowanie przekonań 227

Rozdział 14. Rozpoznawanie i modyfikacja przekonań kluczowych 244
Kategoryzacja przekonań kluczowych 247
Rozpoznawanie przekonań kluczowych 250
Przedstawianie przekonań kluczowych 251

Scanned by CamScanner

Wyjaśnianie natury przekonań kluczowych oraz obserwowanie ich działania ... 252
Sformułowanie nowego przekonania kluczowego ... 256
Utrwalanie nowych przekonań kluczowych ... 257
Modyfikowanie negatywnych przekonań kluczowych ... 259
Karta przekonania kluczowego ... 259

Rozdział 15. Dodatkowe techniki poznawcze i behawioralne ... 274
Rozwiązywanie problemów i trening umiejętności społecznych ... 274
Podejmowanie decyzji ... 276
Ponowne skupienie się na zadaniu ... 279
Obserwacja nastroju i zachowania za pomocą karty aktywności ... 282
Relaksacja i uważność ... 282
Stopniowane zadania ... 283
Ekspozycja ... 285
Odgrywanie ról ... 286
Technika wykresu kołowego (podzielonego tortu) ... 288
Autoporównania i listy zasług ... 292

Rozdział 16. Wyobrażenia ... 297
Rozpoznawanie wyobrażeń ... 297
Wyjaśnianie pacjentowi natury wyobrażeń ... 299
Reagowanie na spontaniczne wyobrażenia ... 300
Wywoływanie wyobrażeń jako narzędzie terapeutyczne ... 310

Rozdział 17. Praca osobista ... 316
Ustalanie zadań domowych ... 317
Zwiększanie prawdopodobieństwa wykonania pracy osobistej ... 322
Konceptualizowanie trudności ... 331
Omawianie pracy osobistej ... 339

Rozdział 18. Zakończenie terapii i zapobieganie nawrotom ... 341
Działania podejmowane na początku terapii ... 341
Działania podejmowane w trakcie całej terapii ... 343
Działania podejmowane pod koniec terapii ... 347
Sesje podtrzymujące ... 353

Rozdział 19. Planowanie terapii ... 358
Osiąganie ogólnych celów terapeutycznych ... 358
Planowanie terapii jako całości ... 359
Opracowanie planu leczenia ... 359
Planowanie poszczególnych wizyt ... 360
Wybór problemu, na którym należy się skupić ... 365

Dostosowanie standardowego leczenia do konkretnych zaburzeń ... 371

Rozdział 20. Problemy w przebiegu terapii ... 372
Odkrycie istnienia problemu ... 372
Konceptualizowanie problemów ... 374
Impas w terapii ... 382
Radzenie sobie z problemami w przebiegu terapii ... 383

Rozdział 21. Rozwijanie warsztatu terapeuty poznawczo-behawioralnego ... 385

Dodatek A. Poznawczy opis przypadku ... 389

Dodatek B. Terapia poznawczo-behawioralna – szkolenia i materiały ... 395

Dodatek C. Skala Oceny Terapii Poznawczej ... 397

Bibliografia ... 403

Indeks ... 409

Scanned by CamScanner

ROZDZIAŁ 1

WPROWADZENIE DO TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ

Rewolucję w dziedzinie psychoterapii zainicjował na początku lat sześćdziesiątych XX wieku doktor medycyny Aaron T. Beck, który był wówczas adiunktem na Uniwersytecie Pensylwanii. Doktor Beck przeszedł pełne przeszkolenie w zakresie psychoanalizy i prowadził własną praktykę. Ponieważ miał duszę naukowca, wierzył, że jeśli psychoanaliza ma zostać zaakceptowana przez środowisko medyczne, konieczne jest wykazanie empirycznej prawomocności jej teorii. Pod koniec lat pięćdziesiątych i na początku sześćdziesiątych podjął się on przeprowadzenia serii eksperymentów, które zgodnie z jego szczerymi oczekiwaniami miały przynieść takie uprawomocnienie. Stało się jednak zupełnie inaczej. Wyniki eksperymentów skłoniły doktora Becka do poszukiwania innych wyjaśnień depresji. Ustalił on, że zasadniczą jej cechą są zniekształcone, negatywne treści poznawcze (głównie myśli i przekonania) i opracował krótkoterminową metodę leczenia, której jednym z głównych celów było konfrontowanie depresyjnego myślenia pacjentów z rzeczywistością.

W niniejszym rozdziale czytelnik znajdzie odpowiedzi na następujące pytania:

- Co to jest terapia poznawczo-behawioralna?
- W jaki sposób została ona opracowana?
- Co na temat jej skuteczności mówią badania?
- Jakie są jej podstawowe zasady?
- Co zrobić, żeby stać się skutecznym terapeutą poznawczo-behawioralnym?

Scanned by CamScanner

CO TO JEST TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA?

Na początku lat sześćdziesiątych XX wieku Aaron Beck opracował metodę psychoterapii, którą pierwotnie nazwał „terapią poznawczą". Określenie „terapia poznawcza" jest obecnie używane jako synonim „terapii poznawczo-behawioralnej" przez większość przedstawicieli naszej dziedziny i właśnie ten drugi termin będzie stosowany w całej tej książce. Beck wymyślił ustrukturyzowaną, krótkoterminową i zorientowaną na teraźniejszość psychoterapię depresji, nastawioną na rozwiązywanie bieżących problemów oraz zmianę dysfunkcjonalnego (nieadekwatnego lub nieprzydatnego) myślenia i zachowania (Beck, 1964). Od tego czasu Beck i inni badacze z powodzeniem zaadaptowali tę metodę psychoterapii do zaskakująco różnych populacji pacjentów z rozmaitymi zaburzeniami i problemami. Adaptacje te zmieniają przedmiot, techniki i długość leczenia, ale same teoretyczne założenia pozostają takie same. We wszystkich formach terapii poznawczo-behawioralnej, które wywodzą się z modelu Becka, leczenie opiera się poznawczym opracowaniu przekonań i strategii behawioralnych, które charakteryzują konkretne zaburzenie (Alford i Beck, 2005).

Leczenie opiera się także na konceptualizacji, czyli zrozumieniu, indywidualnych pacjentów (ich konkretnych przekonań i wzorców zachowania). Terapeuta na różne sposoby dąży do wywołania zmiany poznawczej – modyfikacji myślenia i systemu przekonań pacjenta – w celu spowodowania trwałej zmiany emocjonalnej i behawioralnej.

Opracowując swoją metodę psychoterapii, Beck czerpał z wielu różnych źródeł, między innymi z dzieł pierwszych filozofów, takich jak Epiktet, oraz teoretyków, takich jak Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus i Albert Bandura. Prace Becka były z kolei rozwijane przez współczesnych badaczy i teoretyków w Stanach Zjednoczonych i za granicą – zbyt licznych, by ich tu wymienić.

Istnieje wiele form terapii poznawczo-behawioralnej, które mają wspólne cechy z metodą opracowaną przez Becka, ale w pewnym stopniu różnią się od niej pod względem konceptualizacji i rozłożenia akcentów. Należą do nich między innymi: terapia racjonalno-emotywna (Ellis, 1962), dialektyczna terapia behawioralna (Linehan, 1993), terapia oparta na rozwiązywaniu problemów (D'Zurilla i Nezu, 2006), terapia ukierunkowana na akceptację i zaangażowanie (Hayes, Follette i Linehan, 2004), terapia ekspozycyjna (Foa i Rothbaum, 1998), terapia oparta na przetwarzaniu poznawczym (Resick i Schnicke, 1993), system psychoterapii oparty na analizie poznawczo-behawioralnej (McCullough, 1999), aktywizacja behawioralna (Lewinsohn, Sullivan i Grosscup, 1980; Martell, Addis i Jacobson, 2001), modyfikacja poznawczo-behawioralna (Meichenbaum,

1977). Terapia poznawczo-behawioralna opracowana przez Becka często integruje techniki pochodzące z wszystkich tych terapii i innych metod psychoterapii w ramach modelu poznawczego. Opracowania historii tej dziedziny zawierają bogate opisy genezy i rozwoju różnych odmian terapii poznawczo-behawioralnej (Arnkoff, Glass, 1992; A. Beck, 2005; Clark, Beck i Alford, 1999; Dobson i Dozois, 2009; Hollon, Beck, 1993).

Terapia poznawczo-behawioralna została zaadaptowana na potrzeby pacjentów o różnym wykształceniu, dochodach i pochodzeniu kulturowym, a także w różnym wieku – od małych dzieci do osób starszych. Jest ona obecnie wykorzystywana między innymi w placówkach medycznych, szkołach, więzieniach i na szkoleniach zawodowych. Jest stosowana w formie przeznaczonej dla grup, par i rodzin. Mimo że terapia opisana w tej książce skupia się na indywidualnych czterdziestopięciominutowych sesjach, leczenie może być krótsze. Niektórzy pacjenci, np. ci, którzy cierpią z powodu schizofrenii, często nie mogą wytrzymać całej sesji, a niektórzy terapeuci mogą korzystać z technik terapii poznawczej w ramach wizyty lekarskiej, rehabilitacyjnej lub kontroli przyjmowanych leków, bez przeprowadzania całej sesji terapeutycznej.

JAKA TEORIA LEŻY U PODSTAW TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ?

Ujmując rzecz krótko, *model poznawczy* zakłada, że dysfunkcjonalne myślenie (wpływające na nastrój i zachowanie pacjenta) jest wspólną cechą wszystkich zaburzeń psychicznych. Gdy ludzie uczą się oceniać swoje myślenie w sposób bardziej realistyczny i przystosowawczy, ich stan emocjonalny i zachowanie ulegają poprawie. Na przykład gdybyśmy byli w dosyć kiepskim nastroju i wystawione przez nas czeki okazałyby się bez pokrycia, mogłaby nam przyjść do głowy *automatyczna myśl*: „Niczego nie potrafię zrobić dobrze". Ta myśl mogłaby następnie prowadzić do określonej reakcji: moglibyśmy poczuć smutek (emocja) i położyć się do łóżka (zachowanie). Gdybyśmy wówczas zastanowili się nad słusznością tej myśli, moglibyśmy dojść do wniosku, że dokonaliśmy nadmiernej generalizacji i że tak naprawdę wiele rzeczy możemy zrobić dobrze. Spojrzenie z tej perspektywy na własne doświadczenie prawdopodobnie poprawiłoby nam samopoczucie i doprowadziło do bardziej funkcjonalnego zachowania.

W celu uzyskania trwałej poprawy nastroju i zachowania u pacjentów terapeuci poznawczy oddziałują na głębszy poziom ich treści poznawczych: na ich podstawowe przekonania dotyczące samych siebie, świata oraz innych ludzi. Modyfikacja podstawowych dysfunkcjonalnych przekonań powoduje trwalszą zmianę. Na przykład jeśli ciągle nie doceniamy własnych możliwości, możemy żywić zasadni-

Scanned by CamScanner

cze przekonanie o własnej niekompetencji. Modyfikacja tego ogólnego przekonania (tzn. ujrzenie siebie w bardziej realistycznym świetle jako osoby mającej zarówno mocne strony, jak i słabości) może zmienić nasz sposób spostrzegania konkretnych sytuacji, jakie przytrafiają nam się w codziennym życiu. Nie będzie nam już przychodzić do głowy tak wiele myśli w rodzaju: „Niczego nie potrafię zrobić dobrze". Zamiast tego w konkretnych sytuacjach, w których popełniamy błędy, prawdopodobnie będziemy myśleć: „Nie jestem w tym [konkretnym zadaniu] dobry".

CO MÓWIĄ BADANIA?

Od czasu publikacji pierwszych badań nad skutecznością terapii poznawczo-behawioralnej w 1977 roku (Rush, Beck, Kovacs, Hollon, 1977) metodę tę poddano wszechstronnym testom. Obecnie skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej wykazano w ponad 500 badaniach w odniesieniu do różnych zaburzeń i problemów psychicznych oraz problemów somatycznych z komponentami psychicznymi (zob. np. Butler, Chapman, Forman i Beck, 2005; Chambless i Ollendick, 2001). W tabeli 1.1 wymieniono wiele zaburzeń i problemów, w których terapia poznawczo-behawioralna okazała się skuteczna. Obszerniejszy wykaz można znaleźć na stronie internetowej www.beckinstitute.org.

Przeprowadzono badania, które wykazują skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w warunkach środowiskowych (zob. np. Shadish, Matt, Navarro i Philips, 2000; Simons i in., 2010; Stirman, Buchhofer, McLaulin, Evans i Beck, 2009). W innych badaniach dowiedziono skuteczności terapii poznawczo-behawioralnej wspomaganej komputerowo (zob. np. Khanna i Kendall, 2010; Wright i in., 2002). Kilku badaczy wykazało, że stosowanie tej metody terapii w różnych zaburzeniach wiąże się ze zmianami neurobiologicznymi (zob. np. Goldapple i in., 2004). W setkach badań potwierdzono także trafność poznawczego modelu depresji i zaburzeń lękowych. Wszechstronne omówienie tych badań można znaleźć w pracy Clarka i współpracowników (1999) oraz Clarka i Becka (2010).

W JAKI SPOSÓB ZOSTAŁA OPRACOWANA TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA BECKA?

Pod koniec lat pięćdziesiątych i na początku lat sześćdziesiątych doktor Beck postanowił zweryfikować koncepcję psychoanalityczną, zgodnie z którą depresja jest skutkiem wrogości skierowanej przeciwko własnemu Ja. Badał marzenia senne pacjentów z depresją, które,

Tabela 1.1. Niepełny wykaz zaburzeń, w których terapia poznawczo-behawioralna okazała się skuteczna

Zaburzenia psychiczne	Inne problemy psychiczne	Problemy somatyczne z komponentami psychicznymi
Duża depresja	Problemy w związku	Przewlekły ból pleców
Depresja w wieku podeszłym	Problemy w rodzinie	Ból w anemii sierpowatej
Zaburzenie lękowe uogólnione	Patologiczny hazard	Migrenowe bóle głowy
Zaburzenie lękowe w wieku podeszłym	Powikłana żałoba	Szum w uszach
Zaburzenie lękowe z napadami paniki	Cierpienie psychiczne u opiekunów	Ból w chorobach nowotworowych
Agorafobia	Gniew i wrogość	Zaburzenia pod postacią somatyczną
Fobia społeczna		Zespół jelita drażliwego
Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne		Fibromialgia
Zaburzenie zachowania		Ból reumatyczny
Nadużywanie substancji psychoaktywnych		Zaburzenie wzwodu
ADHD		Bezsenność
Hipochondria		Otyłość
Dysmorfofobia		Wulwodynia
Zaburzenia odżywiania się		Nadciśnienie
Zaburzenia osobowości		Syndrom Zatoki Perskiej
Problemy sprawców przestępstw seksualnych		
Zaburzenia nawyków i popędów		
Choroba afektywna dwubiegunowa (w połączeniu z leczeniem farmakologicznym)		
Schizofrenia (w połączeniu z leczeniem farmakologicznym)		

Scanned by CamScanner

według jego przewidywań, miały zawierać więcej wątków wrogości niż marzenia senne osób bez zaburzeń tworzących grupę kontrolną. Ku swojemu zaskoczeniu stwierdził on ostatecznie, że marzenia senne pacjentów z depresją zawierają mniej wątków wrogości, a znacznie więcej wątków ułomności, deprywacji i straty. Zauważył, że wątki te wykazują podobieństwo do myślenia jego pacjentów na jawie. Na podstawie rezultatów innych swoich badań nabrał przekonania, że nieadekwatna może być także pokrewna koncepcja psychoanalityczna, która głosi, że pacjenci z depresją mają potrzebę cierpienia (Beck, 1967). Był to punkt zwrotny – tak jakby ustawione w rzędzie kostki domina zaczęły się przewracać. Jeśli te psychoanalityczne koncepcje nie były trafne, to jak inaczej można by wyjaśnić depresję?

Gdy doktor Beck słuchał swych pacjentów leżących na kozetce, zauważył, że co jakiś czas ujawniają oni dwa strumienie myśli: strumień wolnych skojarzeń oraz szybkie, oceniające myśli na temat samych siebie. Na przykład jedna kobieta szczegółowo opisała swoje seksualne podboje. Następnie doniosła o odczuciu lęku. Doktor Beck sformułował interpretację: „Pomyślała pani, że oceniam panią krytycznie". Nie zgodziła się z tym: „Nie, bałam się, że pana nudzę". Po zbadaniu innych pacjentów z depresją doktor Beck stwierdził, że wszyscy oni doświadczają tego rodzaju „automatycznych" negatywnych myśli i że ten drugi strumień myśli jest ściśle związany z ich emocjami. Zaczął pomagać swoim pacjentom w rozpoznawaniu, ocenianiu i podważaniu ich nierealistycznego i nieadaptacyjnego myślenia. Pod wpływem tych działań następowała u nich szybka poprawa.

Doktor Beck zaczął następnie uczyć tej metody stażystów, których miał pod swoją opieką na Uniwersytecie Pensylwanii. Oni także stwierdzili dobrą reakcję pacjentów. Główny stażysta, doktor A. John Rush, obecnie czołowy autorytet w dziedzinie depresji, omówił przeprowadzenie badania nad skutecznością tej terapii z doktorem Beckiem. Obaj się zgodzili, że tego rodzaju badanie jest niezbędne, aby przekonać do tej metody innych. Przeprowadzone przez nich badanie kliniczne z randomizacją i grupą kontrolną, opublikowane w 1977 roku, dowiodło, że u pacjentów z depresją terapia poznawcza jest równie skuteczna jak imipramina, powszechnie stosowany wówczas lek przeciwdepresyjny. Było to zdumiewające badanie. Był to jeden z pierwszych przypadków, kiedy leczenie rozmową porównano z leczeniem farmakologicznym. Dwa lata później Beck, Rush, Shaw i Emery (1979) opublikowali pierwszy podręcznik do terapii poznawczej.

Do ważnych składników poznawczo-behawioralnej terapii depresji należą: pomaganie pacjentom w rozwiązywaniu problemów, ich aktywizacja behawioralna oraz uczenie ich rozpoznawania, oceniania i podważania depresyjnych myśli, zwłaszcza negatywnych myśli na temat siebie, świata i własnej przyszłości. Pod koniec lat siedemdziesiątych doktor Beck i jego koledzy z Uniwersytetu Pensylwanii zaczęli badać zaburzenia lękowe i stwierdzili, że konieczne jest nieco inne rozłożenie akcentów. Pacjentom z zaburzeniami lękowymi potrzebna była umiejętność lepszej oceny ryzyka związanego z sytuacjami, które budziły w nich lęk, rozważenie swoich wewnętrznych i zewnętrznych zasobów oraz ich polepszenie. Musieli oni także zmniejszyć swoje unikanie i skonfrontować się z sytuacjami budzącymi strach, sprawdzając w ten sposób swoje negatywne przewidywania na poziomie behawioralnym. Od tego czasu poznawczy model lęku został udoskonalony dla każdego spośród rozmaitych zaburzeń lękowych, psychologia poznawcza zweryfikowała te modele, a badania wykazały skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w zaburzeniach lękowych (Clark i Beck, 2010).

Po kilkudziesięciu latach doktor Beck, jego koledzy i inni badacze z całego świata nadal prowadzą badania, rozwijają teorię, adaptują i testują metody terapii u pacjentów cierpiących z powodu różnych problemów, których lista ciągle się wydłuża. Terapia poznawcza, czyli terapia poznawczo-behawioralna, jest obecnie nauczana w większości szkół wyższych w Stanach Zjednoczonych i wielu innych krajach.

JAKIE SĄ PODSTAWOWE ZASADY TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ?

Terapia musi być dopasowana do jednostki, niemniej jednak istnieją pewne zasady, które leżą u podstaw terapii poznawczo-behawioralnej u wszystkich pacjentów. W całej tej książce na przykładzie jednej pacjentki, Sally, przedstawiłam te podstawowe założenia oraz pokazałam, jak za pomocą teorii poznawczej należy rozumieć trudności pacjentów i jak na tej podstawie zaplanować leczenie i przeprowadzić sesje terapeutyczne. Sally jest niemal idealną pacjentką i mogę dzięki niej jasno przedstawić terapię poznawczo-behawioralną. W niektórych miejscach odnotowuję, jak należy modyfikować leczenie w przypadku pacjentów, którzy nie reagują tak dobrze jak ona, ale czytelnik musi sięgnąć do innych źródeł (np. J.S. Beck 2005; Kuyken, Padesky i Dudley, 2009; Needleman, 1999), jeśli chce się nauczyć konceptualizowania, planowania strategii i wdrażania technik w przypadku pacjentów z innymi zaburzeniami niż depresja lub pacjentów, których problemy stanowią terapeutyczne wyzwanie.

> „Sally" była osiemnastoletnią kobietą stanu wolnego, która zgłosiła się do mnie w czasie drugiego semestru nauki w college'u. Przez poprzednie cztery miesiące miała obniżony nastrój i stany lękowe, a także doświadczała trudności w zmaganiach z codziennymi zajęciami. Spełniała kryteria epizodu dużej depresji o umiarkowanym nasileniu według DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,*

Scanned by CamScanner

Fourth Edition, Text Revision; American Psychiatric Association, 2000). Przypadek Sally został bardziej szczegółowo opisany w dodatku A na końcu książki.

Podstawowe zasady terapii poznawczo-behawioralnej są następujące:

Zasada 1. Terapia poznawczo-behawioralna opiera się na bezustannie ewoluującym opracowaniu problemów pacjenta oraz indywidualnej konceptualizacji jego funkcjonowania w kategoriach poznawczych. Rozważam problemy Sally w trzech ramach czasowych. Po pierwsze, rozpoznaję jej *aktualne myśli*, które przyczyniają się do jej smutku („Jestem do niczego, niczego nie robię właściwie, nigdy nie będę szczęśliwa") oraz jej *problemowe zachowania* (izolowanie się, spędzanie dużej ilości czasu w sposób bezproduktywny we własnym pokoju, unikanie szukania pomocy). Te problemowe zachowania nie tylko wypływają z dysfunkcjonalnych myśli pacjentki, lecz również wzmacniają je. Po drugie, rozpoznaję *czynniki wyzwalające*, które wpłynęły na spostrzeżenia Sally na początku jej depresji (np. zamieszkanie po raz pierwszy z dala od domu i zmaganie się z trudnościami na studiach wpłynęło na jej przekonanie, że jest niekompetentna). Po trzecie, formułuję hipotezę dotyczącą kluczowych *zdarzeń rozwojowych* oraz *utrwalonych wzorców interpretowania* tych zdarzeń, które mogły ją predysponować do depresji (np. Sally przez całe życie miała skłonność do przypisywania swych zalet i osiągnięć szczęściu, własne słabości natomiast postrzegała jako odbicie jej „prawdziwego" Ja).

Swą konceptualizację problemu Sally opieram na poznawczym modelu depresji oraz na danych dostarczonych przez pacjentkę podczas sesji diagnostycznej. Udoskonalam tę konceptualizację na każdej sesji w miarę uzyskiwania coraz większej ilości kolejnych danych. W momentach strategicznych przedstawiam konceptualizację pacjentce, żeby się upewnić, czy brzmi ona dla niej wiarygodnie. Ponadto w toku całej terapii zachęcam Sally, aby spojrzała na swoje doświadczenia przez pryzmat modelu poznawczego. Sally uczy się na przykład rozpoznawać myśli związane z nieprzyjemnymi emocjami, a także oceniać te myśli i formułować bardziej przystosowawcze odpowiedzi na swoje myślenie. Wpływa to na poprawę jej samopoczucia i często powoduje, że pacjentka zaczyna się zachowywać w sposób bardziej funkcjonalny.

Zasada 2. Terapia poznawcza wymaga silnego przymierza terapeutycznego. Sally, podobnie jak wielu pacjentów z niepowikłaną depresją i zaburzeniami lękowymi, stosunkowo łatwo mi zaufała i nawiązała ze mną współpracę. Staram się, aby znalazła we mnie życzliwość, empatię, szczere zainteresowanie i kompetencję, czyli

wszystkie podstawowe cechy konieczne do stworzenia pozytywnej relacji terapeutycznej. Okazuję jej swoje zainteresowanie na wiele sposobów – wypowiadam empatyczne uwagi, uważnie słucham i dokładnie podsumowuję jej myśli i uczucia. Zwracam uwagę na jej małe i większe sukcesy oraz podtrzymuję jej realistyczny optymizm. Proszę też Sally o informacje zwrotne pod koniec każdej sesji, aby mieć pewność, że pacjentka czuje się rozumiana i ma pozytywny stosunek do terapii. Obszerniejszy opis relacji terapeutycznej w terapii poznawczo-behawioralnej znajduje się w rozdziale 2.

Zasada 3. Terapia poznawcza podkreśla znaczenie współpracy i czynnego uczestnictwa pacjenta. Zachęcam Sally, aby patrzyła na terapię jak na pracę zespołową; razem postanawiamy, nad czym będziemy pracować na każdej sesji, jak często powinnyśmy się spotykać i co Sally powinna robić pomiędzy sesjami w ramach pracy osobistej. Na początku jestem bardziej aktywna – sugeruję kierunek sesji terapeutycznych i podsumowuję poruszane podczas sesji problemy. W miarę jak nastrój Sally się poprawia i pacjentka coraz pewniej czuje się w terapii, zachęcam ją do bardziej czynnego udziału w sesjach – do decydowania, o jakich problemach będziemy rozmawiać, rozpoznawania błędów w swoim myśleniu, podsumowywania ważnych kwestii i wymyślania zadań, które wykona w ramach pracy osobistej.

Zasada 4. Terapia poznawcza jest zorientowana na cel i koncentruje się na problemie. Podczas pierwszej sesji proszę Sally o wymienienie jej problemów i wyznaczenie konkretnych celów, tak abyśmy obie rozumiały, do czego zmierza jej praca w trakcie terapii. Na przykład w czasie sesji diagnostycznej Sally wspomina o uczuciu izolacji. Z moją pomocą formułuje cel w kategoriach behawioralnych: nawiązać nowe znajomości i spędzać więcej czasu z dotychczasowymi znajomymi. Później, podczas rozmowy na temat sposobów poprawy jej codziennego funkcjonowania, pomagam jej w ocenie i podważeniu myśli, które przeszkadzają w osiągnięciu tego celu, takich jak: „Moi znajomi nie będą chcieli się ze mną spotykać. Jestem zbyt zmęczona, żeby gdzieś z nimi pójść". Najpierw pomagam Sally ocenić prawomocność tych myśli poprzez analizę dowodów. Następnie Sally zgadza się zweryfikować je bardziej bezpośrednio za pomocą eksperymentów behawioralnych (s. 231–233), w których inicjuje wspólne przedsięwzięcia ze znajomymi. Gdy rozpozna i skoryguje zniekształcenie w swoim myśleniu, może za pomocą prostej procedury rozwiązywania problemów zmniejszyć swoją izolację.

Zasada 5. Terapia poznawczo-behawioralna kładzie na początku nacisk na teraźniejszość. Leczenie większości pacjentów wymaga skupienia się na bieżących problemach i konkretnych, nieprzyjemnych dla pacjenta sytuacjach. Samopoczucie Sally się poprawia, gdy potrafi

Scanned by CamScanner

ona podważyć swoje negatywne myśli i podjąć działania polepszające jej funkcjonowanie w życiu. Terapia zaczyna się od przeanalizowania aktualnych problemów, niezależnie od diagnozy. Przeszłość staje się przedmiotem uwagi w dwóch przypadkach: kiedy pacjenci zdecydowanie wyrażają takie oczekiwanie, a jego niespełnienie mogłoby zagrozić przymierzu terapeutycznemu, oraz kiedy pacjenci „blokują się" w swoim dysfunkcjonalnym myśleniu i zrozumienie zdarzeń z dzieciństwa jako źródeł ich przekonań może im pomóc w zmodyfikowaniu tych sztywnych myśli. („No cóż, nic dziwnego, że nadal uważa się pan/i za osobę niekompetentną. Czy widzi pan/i, że niemal każde dziecko – które miało takie same doświadczenia jak pan/i – mogłoby dorastać w przekonaniu, że jest niekompetentne, a przecież może to nie być prawda, a na pewno nie cała prawda?").

Na przykład w połowie terapii krótko poruszam kwestię przeszłości, aby pomóc Sally w rozpoznaniu zespołu przekonań, które nabyła jako dziecko: „Jeśli mogę się pochwalić dużymi osiągnięciami, to znaczy, że jestem wartościową osobą" oraz „Jeśli nie mogę się pochwalić dużymi osiągnięciami, to znaczy, że jestem do niczego". Pomagam jej ocenić prawomocność tych przekonań zarówno w odniesieniu do przeszłości, jak i teraźniejszości. Między innymi dzięki temu Sally zaczyna formułować bardziej funkcjonalne i rozsądne przekonania. Gdyby Sally cierpiała na zaburzenie osobowości, poświęciłabym odpowiednio więcej czasu na omówienie historii jej rozwoju oraz przeanalizowanie zakorzenionych w dzieciństwie przekonań i sposobów radzenia sobie z trudnymi sytuacjami.

Zasada 6. Terapia poznawczo-behawioralna ma charakter edukacyjny – uczy pacjenta, jak być własnym terapeutą, i podkreśla znaczenie zapobiegania nawrotom. Na naszej pierwszej sesji zapoznaję Sally z charakterem i przebiegiem jej zaburzenia, procesem terapii poznawczo-behawioralnej oraz modelem poznawczym (czyli z tym, jak jej myśli wpływają na jej emocje i zachowania). Nie tylko pomagam jej w wyznaczeniu celów, rozpoznaniu oraz ocenie myśli i przekonań, a następnie zaplanowaniu zmian behawioralnych, ale także uczę ją, jak to robić. Na każdej sesji pilnuję, aby Sally zabrała do domu notatki z terapii – zawierające ważne treści, których się nauczyła – aby mogła je wykorzystać w nadchodzących tygodniach, a także po zakończeniu terapii.

Zasada 7. Terapia poznawczo-behawioralna ma być ograniczona w czasie. Terapia wielu pacjentów z niepowikłaną depresją lub zaburzeniami lękowymi zajmuje od czterech do czternastu sesji. Celem terapeutów jest złagodzenie objawów, osiągnięcie remisji zaburzenia, udzielenie pomocy pacjentom w rozwiązaniu najpilniejszych problemów i nauczenie ich metod zapobiegania nawrotom choroby. Na początku Sally przychodzi do gabinetu co tydzień. (Gdyby jej depresja była cięższa lub gdyby pacjentka miała tendencje samobójcze, mogłabym zaplanować częstsze sesje). Po dwóch miesiącach wspólnie decydujemy, że będziemy się spotykać co dwa tygodnie, a później umawiamy się na spotkania raz na miesiąc. Nawet po zakończeniu terapii planujemy okresowe sesje „podtrzymujące" co trzy miesiące.

Nie wszyscy pacjenci robią jednak dostateczne postępy w ciągu zaledwie kilku miesięcy. Niektórzy muszą odbywać terapię przez rok lub dwa lata (albo nawet dłużej), aby zmienić bardzo sztywne dysfunkcjonalne przekonania i wzorce zachowań, które przyczyniają się do ich przewlekłych dolegliwości psychicznych. Inni pacjenci cierpiący na ciężką chorobę psychiczną mogą przez bardzo długi czas potrzebować okresowego leczenia do podtrzymania stabilnego stanu.

Zasada 8. Sesje terapii poznawczo-behawioralnej są ustrukturyzowane. Niezależnie od diagnozy czy etapu leczenia, trzymanie się pewnego porządku na każdej sesji maksymalnie zwiększa skuteczność terapii. Porządek ten obejmuje część wstępną (sprawdzenie nastroju pacjenta, krótki przegląd ubiegłego tygodnia, wspólne ustalenie programu sesji), część środkową (przegląd pracy osobistej, omówienie problemów według programu, wyznaczenie nowych zadań, podsumowanie) oraz część końcową (poproszenie pacjenta o informacje zwrotne). Trzymanie się tego schematu powoduje, że proces terapii jest bardziej zrozumiały dla pacjentów i zwiększa prawdopodobieństwo, że będą oni umieli samodzielnie kontynuować terapię po zakończeniu spotkań w gabinecie.

Zasada 9. Terapia poznawczo-behawioralna uczy pacjenta rozpoznawać, weryfikować i podważać dysfunkcjonalne myśli i przekonania. Pacjenci mogą mieć dziesiątki, a nawet setki automatycznych myśli w ciągu dnia, które wpływają na ich nastrój, zachowanie lub objawy fizjologiczne (to ostatnie dotyczy w szczególności zaburzeń lękowych). Terapeuci pomagają pacjentom w rozpoznaniu głównych treści poznawczych i przyjęciu bardziej realistycznego, przystosowawczego nastawienia, które prowadzi do ich lepszego samopoczucia, bardziej funkcjonalnego zachowania lub zmniejszenia ich wzbudzenia fizjologicznego. Dokonują tego w procesie *ukierunkowanego dochodzenia do prawdy*, wykorzystując do oceny ich myślenia dialog (często nazywany, być może błędnie, „dialogiem sokratejskim") – zamiast perswazji, debaty czy wykładu. Terapeuci kreują także doświadczenia, nazywane *eksperymentami behawioralnymi*, w celu bezpośredniego zweryfikowania myśli pacjentów (np. „Nawet jeśli spojrzę na obraz pająka, będę tak się bała, że nie będę mogła myśleć"). W taki oto sposób terapeuci angażują się w *empiryzm oparty na współpracy*. Na ogół nie wiedzą oni z góry, w jakim stopniu automatyczna myśl

Scanned by CamScanner

pacjenta jest prawomocna czy nieprawomocna, ale razem z pacjentem testują jego myślenie w celu wypracowania bardziej przydatnych i adekwatnych reakcji.

Kiedy Sally miała obniżony nastrój, w ciągu dnia przychodziło jej do głowy wiele automatycznych myśli – niektóre z nich spontanicznie zgłosiła, a niektóre od niej wydobyłam (pytając ją, o czym myślała, kiedy była zmartwiona lub postępowała w dysfunkcjonalny sposób). Często odkrywałyśmy ważne automatyczne myśli podczas omawiania jednego z konkretnych problemów Sally oraz wspólnie badałyśmy ich prawomocność i użyteczność. Prosiłam ją o podsumowanie jej nowych punktów widzenia i utrwalałyśmy je na piśmie, tak aby mogła odczytywać te przystosowawcze reakcje w ciągu całego tygodnia i przygotować się na te lub podobne automatyczne myśli. Nie zachęcałam jej do bezkrytycznego przyjmowania bardziej pozytywnego punktu widzenia, nie podważałam prawomocności jej automatycznych myśli ani nie próbowałam jej przekonać, że te myśli są nierealistycznie pesymistyczne. Zamiast tego razem badałyśmy dowody.

Zasada 10. Terapia poznawczo-behawioralna wykorzystuje wiele technik mających na celu zmianę wzorców myślenia, emocji i zachowań. Choć poznawcze strategie w rodzaju dialogu sokratejskiego i ukierunkowanego dochodzenia do prawdy odgrywają główną rolę w terapii poznawczo-behawioralnej, to niezbędne są także techniki behawioralne i oparte na rozwiązywaniu problemów, podobnie jak techniki zaczerpnięte z innych orientacji, które są wdrażane w ramach modelu poznawczego. Na przykład za pomocą technik inspirowanych terapią Gestalt pomogłam Sally zrozumieć, w jaki sposób jej doświadczenia rodzinne przyczyniły się do rozwoju przekonania, że jest osobą niekompetentną. Techniki inspirowane terapią psychodynamiczną wykorzystuję w pracy z niektórymi pacjentami cierpiącymi na zaburzenia osobowości, odnoszącym swoje zniekształcone myśli na temat ludzi do relacji terapeutycznej. Wybór rodzaju technik będzie zależał od konceptualizacji funkcjonowania pacjenta, omawianego problemu i celów, jakie terapeuta chce osiągnąć na danej sesji.

Te podstawowe zasady dotyczą wszystkich pacjentów. Przebieg terapii rzeczywiście jednak w dużej mierze zależy od danego pacjenta, charakteru jego trudności i stadium życia, jak również od jego poziomu intelektualnego i rozwojowego, płci i kultury. Jest on także uzależniony między innymi od takich czynników, jak cele pacjenta, jego umiejętność nawiązania silnej relacji terapeutycznej, motywacja do wprowadzenia zmian, poprzednie doświadczenia związane z terapią oraz preferencje dotyczące leczenia.

Rozłożenie akcentów w terapii także zależy od konkretnego zaburzenia czy zaburzeń pacjenta. Poznawczo-behawioralna terapia zaburzenia lękowego z napadami paniki wymaga zweryfikowania

katastroficznych interpretacji doznań fizycznych lub psychicznych pacjenta (zazwyczaj błędnych przewidywań dotyczących zagrożenia dla zdrowia psychicznego lub fizycznego) (Clark, 1989). Anoreksja wymaga modyfikacji przekonań na temat własnej wartości i kontroli (Garner, Bemis, 1985). Terapia uzależnień skupia się na negatywnych przekonaniach na swój temat oraz na przekonaniach przyzwalających na używanie substancji psychoaktywnych (Beck, Wright, Newman, Liese, 1993).

JAK WYGLĄDA SESJA TERAPEUTYCZNA?

Porządek sesji terapeutycznych jest dosyć podobny w przypadku różnych zaburzeń, ale mogą występować duże różnice między interwencjami w zależności od pacjenta. (Na witrynie internetowej Akademii Terapii Poznawczej [www.academyofct.org] można znaleźć listę książek, które opisują opracowanie przypadku z perspektywy poznawczej, główne akcenty, strategie i techniki dla wielu różnych zaburzeń, zmiennych związanych z pacjentem oraz form terapii). Poniżej przedstawiam ogólny opis sesji terapeutycznych oraz przebiegu leczenia, odnoszący się w szczególności do pacjentów z depresją.

Na początku każdej sesji terapeuta odnawia przymierze terapeutyczne, sprawdza nastrój, objawy i doświadczenia pacjenta w ciągu ostatniego tygodnia oraz prosi go o nazwanie problemów, których rozwiązanie jest dla niego najpilniejsze. Trudności te mogły się pojawić w ciągu tygodnia lub mogą to być problemy, których pacjent spodziewa się w nadchodzącym tygodniu lub tygodniach. Terapeuta dokonuje także przeglądu czynności samopomocowych („praca osobista", „plan działania"), jakie podjął pacjent od czasu poprzedniej sesji. Następnie, w kontekście omawiania konkretnego problemu, jaki pacjent umieścił w programie, terapeuta zbiera dane dotyczące tego problemu, dokonuje poznawczej konceptualizacji trudności pacjenta (pytając go o konkretne myśli, emocje i zachowania związane z tym problemem) oraz wspólnie z pacjentem obmyśla strategię. Strategia ta najczęściej obejmuje zwykłe rozwiązywanie problemów, ocenę negatywnych myśli pacjenta związanych z problemem oraz zmianę zachowania.

Na przykład Sally, studentka college'u, ma trudności z nauką. Zanim będzie mogła w pełni zaangażować się w rozwiązanie tego problemu, muszę jej pomóc w ocenie i podważeniu jej myśli („To na nic. Prawdopodobnie i tak wylecę ze studiów"). Upewniam się, że Sally przyjęła bardziej adekwatny i przystosowawczy pogląd na sytuację oraz zdecydowała, które rozwiązania wdrożyć w nadchodzącym tygodniu (np. rozpoczynanie od łatwiejszych zdań, podsumowywanie w myślach tego, co przeczytała, po każdej przeczytanej stronie lub dwóch, wychodzenie na spacer podczas przerw i zwracanie się do

Scanned by CamScanner

asystenta prowadzącego zajęcia o pomoc). Nasza sesja przygotowuje grunt pod zmiany w myśleniu i zachowaniu Sally podczas nadchodzącego tygodnia, które z kolei będą prowadziły do poprawy jej nastroju i funkcjonowania.

Po omówieniu problemu i ustaleniu wspólnie pracy osobistej na najbliższy tydzień Sally i ja przechodzimy do kolejnego problemu, jaki dodała ona do programu, i powtarzamy procedurę. Pod koniec sesji dokonujemy przeglądu poszczególnych punktów programu. Upewniam się, że Sally jest zmotywowana do wykonania pracy osobistej i proszę ją o informacje zwrotne na temat sesji.

ROZWÓJ KOMPETENCJI TERAPEUTY POZNAWCZO-BEHAWIORALNEGO

Niewyszkolonemu obserwatorowi terapia poznawcza wydaje się niekiedy zwodniczo prosta. *Model poznawczy*, według którego myśli wpływają na emocje i zachowania, nie jest zbyt skomplikowany. Doświadczeni terapeuci o orientacji poznawczo-behawioralnej wykonują jednak wiele zadań naraz – formułują konceptualizację przypadku, nawiązują relację z pacjentem, zaznajamiają go z przebiegiem terapii, rozpoznają problemy, zbierają informacje, testują hipotezy i podsumowują przebieg sesji. Natomiast początkujący terapeuta musi zazwyczaj postępować w sposób bardziej przemyślany i systematyczny, skupiając się na mniejszej liczbie rzeczy w danym momencie. Chociaż ostatecznym celem jest połączenie tych elementów i poprowadzenie terapii w sposób możliwie najbardziej skuteczny, to jednak początkujący terapeuci muszą najpierw opanować umiejętność budowania relacji terapeutycznej, umiejętność konceptualizacji oraz techniki terapii poznawczo-behawioralnej, co najlepiej zrobić krok po kroku.

Nabywanie kompetencji w prowadzeniu terapii poznawczo-behawioralnej można podzielić na trzy etapy. (Poniższa charakterystyka zakłada, że terapeuta opanował już biegle podstawowe umiejętności związane z pomocą psychologiczną: słuchanie, empatia, okazywanie zainteresowania, akceptacja i autentyczność, a także adekwatne rozumienie, parafrazowanie i podsumowywanie. Terapeuci, którzy nie mają jeszcze tych umiejętności, często wywołują negatywną reakcję u pacjentów). Na pierwszym etapie terapeuta uczy się podstawowej umiejętności formułowania konceptualizacji przypadku w kategoriach poznawczych na podstawie wstępnej oceny oraz danych zebranych podczas sesji. Uczy się także strukturyzowania sesji, wykorzystywania konceptualizacji trudności pacjenta i zdrowego rozsądku do planowania terapii oraz pomagania pacjentowi w rozwiązywaniu problemów i spojrzeniu na dysfunkcjonalne myśli w inny sposób. Uczy się także korzystania z podstawowych technik poznawczych i behawioralnych.

Na drugim etapie terapeuta zyskuje większą biegłość w integrowaniu konceptualizacji przypadku ze znajomością technik. Wzmacnia swoją zdolność rozumienia przebiegu terapii. Łatwiej rozpoznaje jej najważniejsze cele i jest sprawniejszy w konceptualizowaniu trudności pacjentów, udoskonalaniu swojej konceptualizacji podczas sesji terapeutycznej i wybieraniu na jej podstawie sposobów interwencji. Rozszerza repertuar technik, jakimi dysponuje, i nabywa większą sprawność w wybieraniu, planowaniu i wdrażaniu właściwych technik.

Na trzecim etapie terapeuta automatycznie włącza nowe informacje do konceptualizacji. Doskonali umiejętność formułowania hipotez w celu potwierdzenia lub zrewidowania swego oglądu pacjenta. Odpowiednio dostosowuje porządek i techniki podstawowej terapii poznawczo-behawioralnej, zwłaszcza w przypadku pacjentów z zaburzeniami osobowości lub innymi trudnymi zaburzeniami i problemami.

Jeśli terapeuta praktykuje już inną metodę psychoterapii, powinien wspólnie z pacjentem powziąć decyzję o wprowadzeniu podejścia poznawczo-behawioralnego, opisując, co chciałby zrobić inaczej i przedstawiając uzasadnienie. Większość pacjentów zgadza się na takie zmiany, jeśli są one sformułowane w sposób pozytywny, jako coś, co przyniesie im korzyść. Gdy pacjenci się wahają, terapeuta może w celu zwiększenia ich motywacji zasugerować, że wprowadzenie zmiany (takiej jak ustalenie programu sesji) będzie miało charakter „eksperymentu", a nie zobowiązania.

TERAPEUTA: Przeczytałem ważną książkę o zwiększaniu skuteczności terapii i pomyślałem sobie o panu.

PACJENT: Tak?

TERAPEUTA: Tak, i mam kilka pomysłów, jak moglibyśmy przyśpieszyć u pana proces dochodzenia do równowagi [zachęca do współpracy]. Czy mogę panu o tym opowiedzieć?

PACJENT: W porządku.

TERAPEUTA: Przeczytałem między innymi o czymś takim jak „ustalanie programu". Oznacza to, że na początku każdej sesji będę pana prosił o nazwanie problemów, w których rozwiązaniu miałbym panu pomóc podczas sesji. Na przykład mógłby pan powiedzieć, że ma problem z szefem, ze wstaniem z łóżka w czasie weekendów lub że odczuwa pan poważne obawy w związku ze swoją sytuacją finansową (*pauza*). Dzięki temu, że poproszę pana najpierw o nazwanie swoich problemów, będziemy mogli się zastanowić, jak lepiej wykorzystać czas sesji (*pauza*) [wydobywa informacje zwrotne]. Czy to panu odpowiada?

Scanned by CamScanner

JAK KORZYSTAĆ Z TEJ KSIĄŻKI

Książka ta jest przeznaczona dla terapeutów na wszystkich stopniach zaawansowania, którzy chcą opanować podstawy konceptualizacji i terapii z perspektywy poznawczej. Opanowanie podstawowych elementów terapii poznawczo-behawioralnej jest niezbędne do zrozumienia, jak i kiedy należy modyfikować standardowy plan terapii na potrzeby poszczególnych pacjentów.

Rozwojowi kompetencji terapeutycznych będzie sprzyjać zastosowanie narzędzi opisanych w tej książce do własnej osoby. W trakcie lektury zacznijmy najpierw konceptualizować własne myśli i przekonania. Zwróćmy uwagę na dokonujące się w nas zmiany emocjonalne. Kiedy zauważymy, że nasz nastrój zmienił się bądź uległ wzmocnieniu w negatywnym kierunku lub że angażujemy się w negatywne zachowania lub doświadczamy fizycznych doznań związanych z negatywną emocją, spróbujmy zidentyfikować przeżywaną emocję, a następnie odpowiedzieć na najważniejsze pytanie w terapii poznawczej:

> ***Jaka myśl przyszła nam właśnie do głowy?***

W ten sposób nauczymy się rozpoznawać własne automatyczne myśli. Przećwiczenie na sobie podstawowych umiejętności wymaganych w terapii poznawczo-behawioralnej sprawi, że łatwiej nam będzie przekazać te umiejętności pacjentom.

Szczególnie przydatne może się okazać rozpoznanie automatycznych myśli, które przychodzą nam do głowy, gdy czytamy tę książkę i używamy opisanych w niej technik w pracy z pacjentami. Jeśli na przykład poczujemy lekkie zasmucenie, to zastanówmy się, jaka myśl przyszła nam właśnie do głowy. Możemy odkryć różne automatyczne myśli, na przykład:

> „To jest za trudne".
> „Mogę tego nie opanować".
> „Nie, to nie dla mnie".
> „Co będzie, jeśli spróbuję i nie zadziała?"

Doświadczeni terapeuci, których główna orientacja nie ma charakteru poznawczego, mogą uświadomić sobie automatyczne myśli innego rodzaju:

> „To nie zadziała".
> „Pacjentowi się to nie spodoba".
> „To zbyt powierzchowne/sformalizowane/mało empatyczne/proste".

Uświadomiwszy sobie nasze myśli, możemy je odnotować i ponownie skupić się na lekturze lub przejść do dalszych rozdziałów (11 i 12), które opisują, jak oceniać i jak podważać automatyczne myśli. Pracując nad własnymi myślami, nie tylko doskonalimy umiejętności potrzebne do prowadzenia terapii poznawczo-behawioralnej, lecz również zmieniamy dysfunkcjonalne myśli i pozytywnie wpływamy na nastrój (i zachowanie), zwiększając w ten sposób naszą gotowość do uczenia się.

Analogia powszechnie używana w odniesieniu do pacjentów dotyczy także początkujących terapeutów o orientacji poznawczo-behawioralnej. Opanowanie umiejętności związanych z prowadzeniem terapii poznawczo-behawioralnej przypomina naukę dowolnej umiejętności. Czy pamiętamy, jak uczyliśmy się prowadzić samochód czy korzystać z komputera? Czy na początku nie czuliśmy się nieco niepewnie? Czy nie musieliśmy zwracać uwagi na mało znaczące szczegóły i koncentrować się na ruchach, które teraz są swobodne i automatyczne? Czy kiedykolwiek czuliśmy zniechęcenie? Czy w miarę postępów dana czynność nie nabierała coraz większego sensu i nie dawała nam coraz większej satysfakcji? Czy w końcu opanowaliśmy ją w takim stopniu, że teraz wykonujemy ją pewnie i względnie łatwo? Większość ludzi miała podobne doświadczenia, ucząc się czegoś, co teraz przychodzi im z łatwością.

Proces nauki wygląda tak samo w przypadku początkującego terapeuty o orientacji poznawczo-behawioralnej. Podobnie jak w pracy z pacjentami starajmy się wyznaczać sobie niewygórowane, dobrze określone i realistyczne cele. Doceniajmy się za niewielkie osiągnięcia. Porównujmy własne postępy z takim poziomem umiejętności, jaki wykazywaliśmy przed przystąpieniem do lektury tej książki lub gdy zaczęliśmy się uczyć o tej metodzie terapii. Podważajmy negatywne myśli, w których niesprawiedliwie porównujemy się z doświadczonymi terapeutami o orientacji poznawczo-behawioralnej lub w których osłabiamy swoją wiarę w siebie, porównując obecny poziom umiejętności z tym, który chcemy ostatecznie osiągnąć.

Jeśli myśl o rozpoczęciu pracy z pacjentami według założeń terapii poznawczo-behawioralnej wywołuje w nas lęk, przygotujmy sobie „kartę radzenia sobie" – niewielki kartonik z zapisanymi wypowiedziami, które warto zapamiętać. Stażyści, którymi się opiekuję, często miewają niekonstruktywne myśli przed spotkaniem z pierwszym pacjentem poza kliniką. Proszę ich, aby przygotowali sobie wypowiedzi, które będą się odnosić do tych myśli. „Karta radzenia sobie" w każ-

Scanned by CamScanner

dym przypadku wygląda inaczej, ale z reguły zawiera zdania podobne do tych:

Moim celem nie jest wyleczenie pacjenta już dzisiaj. Nikt tego ode mnie nie oczekuje.
Moim celem jest ustanowienie dobrego przymierza terapeutycznego, wdrożenie rozwiązywania problemów – w miarę możliwości – oraz poprawienie umiejętności związanych z prowadzeniem terapii.

Przeczytanie tej karty pomoże nam w zredukowaniu lęku, dzięki czemu będziemy się mogli skupić na pacjentach i będziemy bardziej skuteczni.

Rozdziały tej książki należy czytać w przedstawionej tu kolejności. Czytelnik może chcieć pominąć początkowe rozdziały i od razu przejść do opisu technik. Samo stosowanie technik poznawczych i behawioralnych nie stanowi jednak całej terapii poznawczo-behawioralnej. Do innych jej cech należy umiejętny wybór i skuteczne wykorzystanie rozmaitych technik opartych na konceptualizacji problemu pacjenta. W następnym rozdziale przedstawiono ogólny zarys terapii, a po nim umieszczono wstępny rozdział poświęcony konceptualizacji. Rozdział 4 opisuje proces diagnostyczny, a tematem rozdziałów 5–8 jest strukturyzacja i przebieg sesji terapeutycznych. Rozdziały 9–14 zawierają omówienie podstawowych elementów terapii poznawczo-behawioralnej: rozpoznawania oraz podważania automatycznych myśli i przekonań. Dodatkowe poznawcze i behawioralne techniki terapeutyczne opisano w rozdziale 15, a wyobrażenia – w rozdziale 16. Rozdział 17 jest poświęcony pracy osobistej. Rozdział 18 przedstawia zagadnienia związane z zakończeniem terapii oraz zapobieganiem nawrotom. Wymienione rozdziały stanowią przygotowanie do dwóch następnych – 19 i 20 – poświęconych planowaniu terapii oraz diagnozowaniu problemów występujących w jej trakcie. Na koniec, w rozdziale 18, podano wskazówki dotyczące rozwoju kompetencji w zakresie prowadzenia terapii poznawczo-behawioralnej.

ROZDZIAŁ 2

OGÓLNY ZARYS TERAPII

W niniejszym rozdziale pokrótce opisano przebieg terapii poznawczo-behawioralnej i omówiono kilka istotnych wątków, które przewijają się na każdej sesji terapeutycznej. Oto one:

- Rozwijanie relacji terapeutycznej.
- Planowanie terapii i strukturyzacja sesji.
- Identyfikowanie i podważanie dysfunkcjonalnych treści poznawczych.
- Akcentowanie tego, co pozytywne.
- Wspomaganie poznawczej i behawioralnej zmiany pomiędzy sesjami (praca osobista pacjenta).

Więcej informacji na temat każdego z tych elementów można także znaleźć w dalszych rozdziałach.

ROZWIJANIE RELACJI TERAPEUTYCZNEJ

Budowanie zaufania i dobrych stosunków z pacjentem jest niezbędne od pierwszego kontaktu z nim. Badania dowodzą, że pozytywne przymierze jest skorelowane z pozytywnym wynikiem terapii (Raue i Goldfried, 1994). Zbudowanie takiego przymierza jest łatwe w przypadku większości pacjentów (chociaż może to być trudniejsze u pacjentów z poważnymi zaburzeniami psychicznymi lub silną patologią w sferze osobowości). Aby osiągnąć ten cel, terapeuta powinien:

Scanned by CamScanner

- Okazywać podstawowe umiejętności związane z pomocą psychologiczną oraz adekwatne rozumienie.
- Przekazać pacjentowi swoją konceptualizację i plan leczenia.
- Wspólnie z nim podejmować decyzje.
- Prosić o informacje zwrotne.
- Różnicować swój styl w zależności od potrzeb.
- Pomagać pacjentom w rozwiązaniu ich problemów i złagodzeniu cierpienia.

Podstawowe umiejętności związane z pomocą psychologiczną

Terapeuta będzie stale okazywał pacjentowi swoje oddanie i zrozumienie za pomocą empatycznych wypowiedzi, doboru słów, intonacji, mimiki oraz mowy ciała. Jak powtarzam terapeutom, których szkolę, należy dążyć do tego, aby w kontakcie z pacjentem być miłym człowiekiem. Terapeuta powinien traktować go tak, jak sam chciałby być traktowany. Powinien okazywać mu empatię oraz adekwatne rozumienie jego problemów i myśli poprzez wnikliwe pytania, parafrazy i wypowiedzi, które dadzą mu odczuć, że jest doceniany i rozumiany. Powinien spróbować przekazać mu następujące domyślne (a niekiedy wyrażone wprost) komunikaty, ale tylko wtedy, jeśli autentycznie się za nimi opowiada:

„Jesteś dla mnie kimś wartościowym i zależy mi na tobie".
„Chcę zrozumieć to, co przeżywasz, i pomóc ci".
„Jestem pewny/a, że nasza wspólna praca może przynieść rezultaty, a terapia poznawczo-behawioralna okaże się przydatna".
„Nie jestem przytłoczony/a twoimi problemami, nawet jeśli ty możesz być".
„Pomogłem/am innym pacjentom w podobnej sytuacji".

Jeśli terapeuta nie może szczerze podpisać się pod tymi komunikatami, być może potrzebuje pomocy superwizora w podważeniu swoich automatycznych myśli na temat pacjenta, terapii poznawczo-behawioralnej lub samego siebie.

Za pomocą relacji terapeutycznej terapeuta może pośrednio pomóc pacjentom z depresją:

- W zwiększeniu poczucia własnej wartości, gdy okazuje im życzliwość i zainteresowanie.
- W zmniejszeniu poczucia samotności, gdy opisuje proces wspólnego rozwiązywania problemów i pracę na rzecz wyznaczonych celów.
- W zwiększeniu optymizmu, gdy wyraża realistyczną nadzieję, że terapia im pomoże.

- W zwiększeniu poczucia własnej skuteczności, gdy pomaga im zobaczyć, na jak duże uznanie zasługują za rozwiązywanie problemów, wykonywanie pracy osobistej i angażowanie się w inne produktywne zajęcia.

Według stereotypowych wyobrażeń na temat terapii poznawczo-behawioralnej, powszechnych wśród ludzi, którzy nie przeczytali ważnych książek lub nie widzieli nagrań wideo przedstawiających biegłych klinicystów, jest ona prowadzona w sposób zimny i mechaniczny. To jednak fałszywy obraz. W rzeczywistości już w pierwszym podręczniku do terapii poznawczo-behawioralnej (Beck i in., 1979) podkreślono znaczenie rozwijania dobrej relacji terapeutycznej.

Przekazywanie pacjentowi konceptualizacji i planu leczenia

Terapeuta będzie stale przedstawiał swoją konceptualizację pacjentowi i pytał go, czy brzmi ona dla niego wiarygodnie. Na przykład pacjentka mogła właśnie opisać jakiś problem z matką. Terapeuta zadał jej kilka pytań, aby uzupełnić model poznawczy. Następnie sformułował konceptualizację na głos, w formie podsumowania. „W porządku, chcę mieć pewność, że rozumiem. Sytuacja wyglądała następująco: matka nakrzyczała na panią przez telefon za to, że nie zadzwoniła pani do brata, a u pani pojawiła się następująca automatyczna myśl: «Ona nie zdaje sobie sprawy, jak bardzo jestem zajęta. Dlaczego *jego* nie obwinia o to, że nie zadzwonił do *mnie*?». Myśli te wywołały u pani poczucie krzywdy i złość, ale nic jej pani nie odpowiedziała [zachowanie]... Czy dobrze to zrozumiałem?". Jeśli konceptualizacja terapeuty jest adekwatna, pacjent niezmiennie mówi: „Tak, myślę, że to się zgadza". Jeśli terapeuta się myli, pacjent zazwyczaj mówi: „Nie, niezupełnie tak to wygląda. Raczej jest tak i tak...". Wydobywanie informacji zwrotnych od pacjenta wzmacnia przymierze i pozwala nam na bardziej adekwatną konceptualizację przypadku oraz przeprowadzenie skutecznej terapii.

Wspólne podejmowanie decyzji

Prowadząc pacjenta podczas kolejnych sesji, terapeuta będzie go także aktywnie zachęcał do uczestnictwa. Będzie mu pomagał w ustaleniu hierarchii ważności problemów, które będą omawiane w trakcie sesji. Będzie przedstawiał uzasadnienia interwencji i uzyskiwał od pacjenta zgodę („Myślę, że zrobienie sobie paru przerw na odpoczynek w ciągu dnia może zmniejszyć pana/i stres – czy możemy o tym

Scanned by CamScanner

porozmawiać?"). Może mu zasugerować wypróbowanie pewnych zajęć samopomocowych w domu i skłonić go do wyrażenia swojej opinii. Terapeuta i pacjent stale pracują zespołowo.

Uzyskiwanie informacji zwrotnych

Terapeuta będzie w ciągu całej sesji wyczulony na reakcje emocjonalne pacjenta – będzie obserwował jego mimikę, mowę ciała, dobór słów i intonację. Kiedy zauważy, że pacjent odczuwa większy niepokój, wtedy często odniesie się do tego: „Wygląda pan/i na zmartwionego/zmartwioną. Jaka myśl przyszła panu/i właśnie do głowy?". Może stwierdzić, że pacjent wyraża negatywne myśli na temat siebie, procesu terapii lub samego terapeuty. Jak opisano w rozdziale 8, ważne jest, aby dostarczyć pacjentowi pozytywnego wzmocnienia za udzielenie informacji zwrotnych, następnie dokonać konceptualizacji problemu i zaplanować strategię jego rozwiązania. Jeśli terapeuta nie rozpozna negatywnych informacji zwrotnych i nie odniesie się do nich, pacjent będzie w mniejszym stopniu zdolny do skupienia się na rozwiązywaniu swoich prawdziwych trudności i poprawy swego samopoczucia. Może nawet postanowić, że w następnym tygodniu nie przyjdzie na terapię (obszerne omówienie rozwiązywania problemów w relacji terapeutycznej, zob. J.S. Beck, 2005).

Nawet gdy terapeuta dostrzeże, że jego przymierze z pacjentem jest silne, nadal będzie prosił go o informacje zwrotne pod koniec każdej sesji: „Co pan/i pomyślał/a o tej sesji? Czy cokolwiek pana/ią zaniepokoiło lub uważa pan/i, że coś źle zrozumiałem? Czy jest coś, co chciałby/chciałaby pan/i zrobić inaczej następnym razem?". Pytania te mogą bardzo umocnić przymierze. Może to być dla pacjenta pierwszy raz, kiedy lekarz czy terapeuta poprosił go o informacje zwrotne. Pacjenci zwykle czują się dowartościowani, kiedy widzą autentyczne zainteresowanie ich reakcjami.

Różnicowanie własnego stylu

Większość pacjentów będzie reagować na terapeutę pozytywnie, jeśli okaże on serdeczność, empatię i troskę. Sporadycznie zdarza się jednak, że pacjent reaguje negatywnie. Na przykład pacjent może postrzegać terapeutę jako osobę nadopiekuńczą lub zbyt wrażliwą. Obserwowanie emocjonalnych reakcji pacjentów w czasie sesji może przygotować terapeutę do zadawania pytań, które pozwolą wydobyć tego rodzaju problemy, tak aby terapeuta mógł zmienić sposób autoprezentacji i sprawić, że pacjent będzie się czuł swobodniej podczas pracy z terapeutą.

Pomaganie pacjentom w złagodzeniu ich cierpienia

Jednym z najlepszych sposobów umacniania relacji terapeutycznej jest skuteczne i kompetentne prowadzenie terapii poznawczo-behawioralnej. Badania wykazują, że przymierze terapeutyczne umacnia się, gdy objawy pacjentów stają się mniej dokuczliwe (DeRubeis i Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis i Gelfand, 1999).

Ogólnie biorąc, terapeuta poświęci wystarczająco dużo czasu na rozwijanie relacji terapeutycznej w celu zaangażowania pacjenta w skuteczną pracę zespołową, a dzięki przymierzu terapeutycznemu dostarczy pacjentowi dowodów na to, że jego kluczowe przekonania nie są zgodne z prawdą. Jeśli przymierze jest mocne, terapeuta unikanie marnowania dodatkowego czasu i będzie mógł go optymalnie wykorzystać na pomaganie pacjentowi w rozwiązywaniu problemów, jakie napotka on w nadchodzącym tygodniu. W przypadku niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z zaburzeniami osobowości, stworzenie dobrego przymierza terapeutycznego wymaga położenia dużo większego nacisku na relację terapeutyczną i zaawansowane strategie (Beck, Freeman, Davis i in., 2004; J.S. Beck, 2005; Young, 1999).

PLANOWANIE TERAPII I STRUKTURYZACJA SESJI

Bardzo ważne jest, aby proces terapii był zrozumiały dla terapeuty i pacjenta. Terapeuta będzie się starał prowadzić terapię możliwie najbardziej skutecznie, aby jak najszybciej złagodzić cierpienie pacjenta. Trzymanie się standardowego schematu (a także nauczenie pacjenta, jak stosować narzędzia terapeutyczne) ułatwia osiągnięcie tych celów. Jak jednak wspomniano wyżej, terapeuta nie będzie prowadził leczenia mechanicznie czy bezosobowo – gdyby tak zrobił, terapia nie byłaby zbyt skuteczna.

Pacjenci na ogół czują się lepiej, gdy wiedzą, czego mają się spodziewać po terapeucie, gdy dobrze rozumieją, czego oczekuje od nich terapeuta, gdy mają poczucie, że razem z nim tworzą zespół i gdy mają konkretne wyobrażenia na temat przebiegu terapii zarówno w obrębie danej sesji, jak i w toku całego programu leczenia. Terapeuta będzie się starał, aby stopień rozumienia u pacjenta był jak największy, wyjaśniając mu ogólny porządek sesji, a następnie trzymając się (niekiedy elastycznie) tego porządku.

Terapeuta zacznie planować daną sesję, zanim pacjent wejdzie do jego gabinetu. Szybko przejrzy jego kartę informacyjną, zwłaszcza cele terapii, notatki z terapii i zadania z poprzedniej (poprzednich) sesji. Jak wspomniano wyżej, terapeuta będzie miał ogólne wyobrażenie na temat zamierzonego porządku sesji. Nadrzędnym celem terapeutycznym jest poprawa nastroju pacjenta podczas sesji i stwo-

Scanned by CamScanner

rzenie planu, tak aby pacjent mógł mieć lepsze samopoczucie i zachowywał się bardziej funkcjonalnie w ciągu tygodnia. To, co terapeuta konkretnie zrobi na sesji, będzie zależało od objawów pacjenta, dokonanej przez terapeutę konceptualizacji, siły przymierza terapeutycznego, stadium leczenia, a w szczególności problemów zawartych w programie.

Celem terapeuty w pierwszej części sesji terapeutycznej jest odnowienie przymierza terapeutycznego i zebranie danych, tak aby wspólnie z pacjentem można było ustalić program oraz hierarchię ważności problemów. W drugiej części sesji terapeuta i pacjent będą omawiać problemy umieszczone w programie. W kontekście rozwiązywania tych problemów terapeuta będzie uczył pacjenta odpowiednich umiejętności poznawczych, behawioralnych i innych. Stale będzie wzmacniał model poznawczy, pomagał pacjentowi w ocenie i podważaniu własnych automatycznych myśli, wdrażał procedury rozwiązywania problemów oraz prosił pacjenta o podsumowanie tego, czego się nauczył.

Tego rodzaju rozmowy i interwencje w naturalny sposób prowadzą do pracy osobistej pacjenta, która zazwyczaj sprowadza się do przypominania sobie nowego, bardziej realistycznego sposobu myślenia o problemie i wdrażania rozwiązań w ciągu tygodnia. Ważnym stałym zadaniem jest rozpoznawanie i podważanie przez pacjenta swoich dysfunkcjonalnych myśli w sytuacji, gdy zauważy on u siebie pogorszenie nastroju, dysfunkcjonalne zachowanie lub znaczące wzbudzenie fizjologiczne.

Podczas ostatniej części sesji terapeuta zapyta pacjenta, jakie jego zdaniem były najważniejsze momenty tej sesji, upewni się, że refleksje te zostały zapisane, przejrzy (i zmodyfikuje w razie potrzeby) zadania oraz uzyska od pacjenta informacje zwrotne na temat sesji i odpowie na nie. Chociaż doświadczony terapeuta poznawczo-behawioralny może niekiedy odchodzić od tego schematu, początkujący terapeuci są zazwyczaj bardziej skuteczni, jeśli trzymają się określonego porządku. Dalsze opisy strukturyzacji sesji terapeutycznych pojawiają się w rozdziałach 5, 7 i 8.

Aby podtrzymać porządek sesji, terapeuta będzie musiał *łagodnie* przerywać pacjentowi: „O, czy mogę panu/i na chwilę przerwać? Czy chce pan/i powiedzieć, że...?". Strategiczne i umiejętne przerywanie pacjentom zostało zilustrowane w późniejszych rozdziałach. Jeśli na początku terapeuta będzie się czuł skrępowany strukturyzowaniem sesji, z czasem najprawdopodobniej stwierdzi, że staje się to jego drugą naturą, zwłaszcza gdy zauważy pozytywne rezultaty.

IDENTYFIKOWANIE I PODWAŻANIE DYSFUNKCJONALNYCH TREŚCI POZNAWCZYCH

Ważną częścią niemal każdej sesji terapeutycznej jest pomaganie pacjentowi w reagowaniu na jego nieadekwatne lub nieprzydatne treści poznawcze: automatyczne myśli, wyobrażenia (obrazy umysłowe) i podstawowe przekonania. Terapeuta może rozpoznawać ważne automatyczne myśli na kilka sposobów (zob. rozdział 9), ale zazwyczaj będzie zadawał podstawowe pytanie, kiedy pacjent zgłosi dokuczliwą sytuację, emocję bądź też dysfunkcjonalne zachowanie:

> ***„Jaka myśl przychodzi panu/i teraz do głowy?"***

Następnie terapeuta pomoże pacjentowi ocenić jego myśli na dwa główne sposoby:

- Zaangażuje się w *dialog sokratejski*, aby pomóc pacjentowi w rozwinięciu bardziej przystosowawczego i realistycznego punktu widzenia.
- Wspólnie z nim zaprojektuje *eksperymenty behawioralne*, aby w miarę możliwości zweryfikować przewidywania pacjenta.

Dialog sokratejski

Zazwyczaj w kontekście omawiania jakiegoś problemu terapeuta wydobywa od pacjenta treści poznawcze (automatyczne myśli, wyobrażenia lub przekonania). Często będzie musiał ustalić, które myśli są najbardziej dokuczliwe dla pacjenta, a następnie zadać mu serię pytań, żeby pomóc mu w nabraniu dystansu (tzn. postrzeganiu ich jako myśli, a niekoniecznie jako prawd), ocenie wiarygodności i użyteczności tych myśli oraz ewentualnie w dekatastrofizacji jego obaw. Nierzadko pomocne są tutaj następujące pytania:

> „Jakie są dowody na to, że pana/i myśl jest prawdziwa? Jakie są dowody przemawiające przeciwko temu?"
> „Jak inaczej można spojrzeć na tę sytuację?"
> „Jaka najgorsza rzecz mogłaby się przydarzyć i w jaki sposób mógłby/mogłaby pan/i sobie poradzić, gdyby tak się stało? Jakie jest najbardziej realistyczne następstwo tej sytuacji?"
> „Jaki jest skutek wiary w prawdziwość pana/i automatycznej myśli i jaki może być skutek zmiany pana/i myślenia?"

Scanned by CamScanner

„Gdyby [przyjaciel/przyjaciółka lub członek rodziny] znalazł/a się w tej sytuacji i przyszłaby mu/jej do głowy taka sama automatyczna myśl, jaką dałby/dałaby pan/i mu/jej radę?"
„Co powinien/powinna pan/i zrobić?"

Jak opisano w rozdziale 11, nie wszystkie te pytania znajdują zastosowanie do wszystkich myśli automatycznych, często więc terapeuta może pójść zupełnie innym tropem. Są one jednak przydatną wskazówką i zostały zilustrowane w poniższym zapisie rozmowy, pochodzącym z czwartej sesji terapeutycznej z udziałem Sally. Pomagam tutaj Sally w określeniu problemu, który jest dla niej ważny, w rozpoznaniu i ocenie towarzyszących mu dysfunkcjonalnych myśli, opracowaniu rozsądnego planu i wreszcie ocenie skuteczności interwencji.

TERAPEUTKA: W porządku, powiedziała pani, że chce porozmawiać o problemie ze znalezieniem pracy na pół etatu.

PACJENTKA: Tak. Muszę zarabiać... Ale sama już nie wiem.

TERAPEUTKA: (*zauważając rozdrażnienie pacjentki*) Jakie myśli przyszły pani w tym momencie do głowy?

PACJENTKA: [myśl automatyczna] Nie poradzę sobie z pracą.

TERAPEUTKA: [wiąże tę myśl z nastrojem pacjentki] I jakie uczucie wywołała w pani ta myśl?

PACJENTKA: [emocja] Smutek. Prawdziwe przygnębienie.

TERAPEUTKA: [zaczyna oceniać tę myśl] Jakie dowody przemawiają za tym, że nie poradzi sobie pani z pracą?

PACJENTKA: Przecież z trudem radzę sobie z zajęciami na studiach.

TERAPEUTKA: W porządku. Co jeszcze?

PACJENTKA: Nie wiem... Jestem ciągle zmęczona. Trudno mi się nawet zmusić do tego, żeby zacząć *szukać* pracy, a co dopiero codziennie do niej chodzić.

TERAPEUTKA: Za chwilkę do tego wrócimy. [sugeruje alternatywny punkt widzenia] Może tak naprawdę trudniej jest pani wyjść z domu i *szukać* ofert, niż chodzić do pracy, którą pani już znalazła. Czy są jeszcze jakieś inne dowody, które przemawiałyby za tym, że nie poradzi sobie pani z pracą, przy założeniu, że już ją pani dostała?

PACJENTKA: Nie, nic innego nie przychodzi mi do głowy.

TERAPEUTKA: A jakiekolwiek dowody na to, że jednak *mogłaby* pani sobie poradzić?

PACJENTKA: W zeszłym roku pracowałam. Poza tym chodziłam do szkoły i miałam inne zajęcia. Ale w tym roku... Już sama nie wiem.

TERAPEUTKA: Coś jeszcze, co sugeruje, że poradziłaby sobie pani z pracą?

PACJENTKA: Nie wiem... Może mogłabym robić coś, co nie jest bardzo czasochłonne. I niezbyt trudne.

TERAPEUTKA: Co mogłoby to być?

PACJENTKA: Praca w sklepie. W zeszłym roku pracowałam jako sprzedawczyni.

TERAPEUTKA: Gdzie mogłaby pani pracować?

PACJENTKA: Może w księgarni uniwersyteckiej. Widziałam ogłoszenie, że szukają sprzedawców.

TERAPEUTKA: W porządku. A w *najgorszym* razie, co mogłoby się zdarzyć, gdyby dostała pani pracę w księgarni?

PACJENTKA: Chyba to, że nie byłabym w stanie pracować.

TERAPEUTKA: A gdyby to się zdarzyło, jak by sobie pani poradziła?

PACJENTKA: Chyba po prostu bym zrezygnowała z pracy.

TERAPEUTKA: A co mogłoby się wydarzyć w *najlepszym* razie?

PACJENTKA: Hm... W najlepszym razie praca okaże się łatwa.

TERAPEUTKA: A jaki jest najbardziej *realistyczny* wynik?

PACJENTKA: Pewnie na początku nie będzie mi łatwo. Ale być może sobie poradzę.

TERAPEUTKA: Jaki jest skutek wiary w prawdziwość myśli: „Nie poradzę sobie z pracą"?

PACJENTKA: Czuję smutek... Odechciewa mi się nawet próbować.

TERAPEUTKA: A jaki wpływ ma na panią zmiana myślenia, uświadomienie sobie, że prawdopodobnie mogłaby pani pracować w księgarni?

PACJENTKA: Czuję się wtedy lepiej. Łatwiej byłoby mi złożyć podanie o pracę.

TERAPEUTKA: W takim razie jak pani postąpi?

PACJENTKA: Pójdę do księgarni. Może jeszcze dzisiaj po południu.

TERAPEUTKA: Jakie jest prawdopodobieństwo, że naprawdę pani to zrobi?

PACJENTKA: Chyba pójdę. Pójdę.

TERAPEUTKA: Jak się pani teraz czuje?

PACJENTKA: Trochę lepiej. Może jestem nieco bardziej zdenerwowana. Ale mam też chyba więcej nadziei.

Scanned by CamScanner

W przytoczonym fragmencie rozmowy z terapeutką Sally, za pomocą standardowych pytań, z łatwością rozpoznaje i ocenia swoją dysfunkcjonalną myśl: „Nie poradzę sobie z pracą". Inni pacjenci mogą jednak wymagać dużo większego wysiłku terapeutycznego, zanim będą skłonni wdrożyć odpowiednie zachowanie. Gdyby Sally się wahała, mogłabym ją poprosić o podsumowanie tego, o czym rozmawiałyśmy, a potem mogłybyśmy na tej podstawie wspólnie opracować kartę radzenia sobie, która mogłaby zawierać następujące stwierdzenia:

Jeśli nie będę chciała pójść do księgarni, powiem sobie, że prawdopodobnie poradzę sobie z tą pracą i że zawsze mogę zrezygnować, jeśli mi się tam nie ułoży. To nic takiego.

Eksperymenty behawioralne

W miarę możliwości terapeuta będzie wspólnie z pacjentem projektował eksperymenty, które pacjent może przeprowadzić od razu na sesji terapeutycznej (a także pomiędzy sesjami). Omówienie prawomocności myśli pacjenta, tak jak to opisano wyżej, może mu pomóc w zmianie swego myślenia, ale zmiana ta może być znacznie głębsza, jeśli daną treść poznawczą można poddać testowi behawioralnemu, jeśli pacjent może doświadczyć czegoś, co wykaże jej nieprawomocność (Bennett-Levy i in., 2004). Odpowiednie treści poznawcze są zazwyczaj powiązane z negatywnymi przewidywaniami pacjenta. Na przykład pacjentowi z depresją może przychodzić do głowy automatyczna myśl: „Jeśli spróbuję cokolwiek przeczytać, nie będę umiał wystarczająco się skupić, żeby to zrozumieć". Terapeuta może poprosić pacjenta o przeczytanie krótkiego fragmentu książki w gabinecie, żeby sprawdzić, w jakim stopniu myśl ta jest prawomocna. Pacjentka z zaburzeniem lękowym może wyrazić myśl: „Jeśli opowiem ci o molestowaniu, zupełnie wytrąci mnie to z równowagi, będę załamana" albo „Jeśli poczuję lęk i serce zacznie mi walić w piersiach, będę miała atak serca". Wspólnie z pacjentem terapeuta zaprojektuje eksperymenty do przetestowania tego rodzaju myśli.

Na początku leczenia terapeuta będzie się na ogół koncentrował na myślach związanych z określoną sytuacją, które są zazwyczaj podatne na zmianę. W środkowej fazie terapii terapeuta nadal będzie pracował na poziomie automatycznych myśli, ale będzie także się skupiał na modyfikowaniu bardziej ogólnych treści poznawczych pacjenta: jego podstawowych założeń i kluczowych przekonań. (Różne poziomy treści poznawczych opisano szczegółowo w następnym rozdziale). W idealnych warunkach terapia jest prowadzona do czasu, gdy zaburzenie pacjenta osiągnie stan remisji, a pacjent nabędzie umiejętności potrzebne do zapobiegania nawrotom.

AKCENTOWANIE TEGO, CO POZYTYWNE

Większość pacjentów, zwłaszcza osoby z depresją, ma tendencję do przesadnego skupiania się na tym, co negatywne. Kiedy są w fazie depresyjnego nastroju, automatycznie (tzn. nie zdając sobie z tego sprawy) i selektywnie zwracają uwagę oraz kładą duży nacisk na negatywne doświadczenia, jednocześnie lekceważąc lub przeoczając te bardziej pozytywne. Ich trudności z wiernym przetwarzaniem pozytywnych danych powodują, że rozwija się u nich zniekształcone poczucie rzeczywistości. Aby przeciwdziałać temu aspektowi depresji, terapeuta będzie stale pomagał pacjentowi w zwracaniu uwagi na to, co pozytywne.

Podczas spotkania diagnostycznego terapeuta będzie pytał o mocne strony pacjenta („Jakie są pana mocne strony i pozytywne cechy?"). Począwszy od pierwszej sesji, terapeuta będzie starał się uzyskać od pacjenta pozytywne dane z poprzedniego tygodnia („Co dobrego zdarzyło się panu od czasu naszego ostatniego spotkania? Jakie pozytywne rzeczy pan zrobił?"). Będzie ukierunkowywał sesje na to, co pozytywne, pomagając pacjentowi w lepszym przeżyciu kolejnego tygodnia. Będzie za pomocą przymierza terapeutycznego wykazywał, że traktuje pacjenta jako osobę wartościową („Moim zdaniem to wspaniałe, że porozmawiała pani z nauczycielem [dziecka, któremu udzielała pani korepetycji], żeby się zorientować, czy można mu lepiej pomóc"). Będzie prosił pacjenta o dane, które są sprzeczne z jego negatywnymi automatycznymi myślami i przekonaniami („Jakie są [pozytywne] dowody na rzecz tezy przeciwnej, że być może pana automatyczna myśl nie jest prawdziwa?").

Terapeuta będzie zwracał uwagę na pozytywne informacje zawarte w wypowiedziach pacjenta dotyczących jego problemu i będzie pytał, co one dla niego znaczą („Co mówi o pani fakt, że znalazła pani pracę w księgarni?"). Będzie głośno odnotowywał przypadki konstruktyw-

Scanned by CamScanner

nego radzenia sobie, do których pacjent może nawiązywać w trakcie całej sesji („To świetny pomysł na rozwiązanie problemu – poprosić Allison, żeby uczyła się razem z panią"). Będzie wspólnie z pacjentem ustalał dla niego pracę osobistą, żeby łatwiej mu było doświadczyć uczucia przyjemności i skuteczności. Metody konceptualizowania i wykorzystania w terapii mocnych stron pacjenta, a także budowania jego odporności opisali Kuyken i współpracownicy (2009).

WSPOMAGANIE POZNAWCZEJ I BEHAWIORALNEJ ZMIANY POMIĘDZY SESJAMI (PRACA OSOBISTA)

Ważnym celem leczenia jest poprawa samopoczucia pacjenta przed zakończeniem sesji i udzielenie mu pomocy w lepszym przeżyciu kolejnego tygodnia. Aby osiągnąć ten cel, terapeuta:

- Pomoże pacjentowi w ocenie i podważeniu automatycznych myśli, jakich przypuszczalnie doświadczy on pomiędzy sesjami.
- Pomoże pacjentowi w wymyśleniu rozwiązań jego problemu do wdrożenia w ciągu tego tygodnia.
- Nauczy pacjenta nowych umiejętności do przećwiczenia w ciągu tego tygodnia.

Ponieważ pacjenci na ogół zapominają dużą część tego, co dzieje się na sesjach terapeutycznych, ważne jest, aby wszystko, co powinni zapamiętać, zostało odnotowane, tak aby mogli przejrzeć to w domu. Pacjent powinien zapisać swoje samopomocowe zadania w notesie (terapeuta może zrobić kopię tych zapisków i dołączyć ją do swoich notatek z terapii) lub na papierze samokopiującym (można go dostać w sklepach z artykułami biurowymi). Praca osobista zazwyczaj obejmuje:

- Zmiany behawioralne będące rezultatem rozwiązywania problemów lub treningu umiejętności w czasie sesji (np. problem izolacji mógłby prowadzić do rozwiązania behawioralnego w postaci dzwonienia do przyjaciół; problem przeciążenia w pracy mógłby prowadzić do asertywnego omówienia tej trudności z przełożonym).
- Identyfikowanie automatycznych myśli i przekonań, kiedy pacjent zauważy dysfunkcjonalną zmianę w swoich emocjach, zachowaniu lub fizjologii, a następnie ocenianie i podważanie swoich treści poznawczych za pomocą dialogu sokratejskiego, eksperymentów behawioralnych lub przeczytania notatek z terapii, które odnoszą się do tych treści. Na przykład:

Jeśli zacznę myśleć, że nie potrafię wysprzątać kuchni, powiem sobie, że zamierzam na to poświęcić tylko 10 minut, że może to być trudne, ale prawdopodobnie nie niemożliwe oraz że pierwsza minuta lub dwie będą prawdopodobnie najtrudniejsze, a potem przypuszczalnie pójdzie łatwiej.

Praca osobista w naturalny sposób wypływa z rozmowy dotyczącej każdego problemu, ponieważ pacjent będzie miał coś do zapamiętania (zmiany treści poznawczych) lub do zrobienia. Niezwykle ważne jest, aby starannie planować zadania, dobierać je do każdego pacjenta w zależności od naszej konceptualizacji tego, co będzie najbardziej przydatne, oraz zgody pacjenta. Niezbędne jest także omówienie wykonanej pracy osobistej w następnym tygodniu. Ważnym zadaniem na początku terapii z udziałem pacjenta z depresją jest planowanie zajęć. Szczegółowy opis planowania zajęć znajduje się w rozdziale 6, a szczegółowe wskazówki dotyczące ustalania i omawiania pracy osobistej w rozdziale 17.

Scanned by CamScanner

ROZDZIAŁ 3

KONCEPTUALIZACJA POZNAWCZA

Konceptualizacja poznawcza zapewnia ramy pojęciowe, które pozwalają terapeucie zrozumieć pacjenta. Aby rozpocząć proces opracowywania przypadku, terapeuta zada sobie następujące pytania:

„Na jakie zaburzenie(a) cierpi pacjent?"
„Jakie pacjent ma obecnie problemy? Jak powstały i co je podtrzymuje?"
„Jakie dysfunkcjonalne myśli i przekonania wiążą się z tymi problemami? Jakie reakcje (emocjonalne, fizjologiczne i behawioralne) są skutkiem takiego myślenia?"

Następnie terapeuta formułuje hipotezy na temat rozwoju określonego zaburzenia psychicznego u pacjenta:

„W jaki sposób pacjent postrzega siebie, innych, świat, swoją przyszłość?"
„Jakie są podstawowe przekonania pacjenta (w tym postawy, oczekiwania i zasady postępowania) oraz myśli?"
„Jak pacjent sobie radzi z dysfunkcjonalnymi treściami poznawczymi?"
„Jakie stresory (czynniki wyzwalające) miały wpływ na rozwój jego obecnych problemów psychicznych lub przeszkadzają w ich rozwiązaniu?"
„Jeśli to istotne, jakie wczesne doświadczenia mogły się przyczynić do obecnych problemów pacjenta? Jakie znaczenie nadaje pacjent tym doświadczeniom i jakie przekonania mają w nich swoje źródło lub zostały przez nie utrwalone?"
„Jeśli to istotne, jakie poznawcze, afektywne i behawioralne mechanizmy (przystosowawcze i nieprzystosowawcze) pomagają pacjentowi w radzeniu sobie z tymi dysfunkcjonalnymi przekonaniami?"

Terapeuta zaczyna konstruować konceptualizację poznawczą podczas pierwszego kontaktu z pacjentem i rozwija ją w ciągu całej terapii. Takie żywe, ewoluujące opracowanie przypadku pozwala mu zaplanować skuteczną terapię (Kuyken i in., 2009; Needleman, 1999; Persons, 2008; Tarrier, 2006). W niniejszym rozdziale opisuję model poznawczy stanowiący teoretyczną podstawę terapii poznawczej. Następnie omawiam związek myśli z przekonaniami oraz przedstawiam przypadek Sally, wykorzystywany na kartach całej tej książki.

MODEL POZNAWCZY

Terapia poznawczo-behawioralna opiera się na *modelu poznawczym*, który zakłada, że nasze emocje, zachowania i fizjologia pozostają pod wpływem naszej percepcji zdarzeń.

Sytuacja/zdarzenie
↓
Myśli automatyczne
↓
Reakcja (emocjonalna, behawioralna, fizjologiczna)

Nasze uczucia zależą nie tyle od sytuacji samej w sobie, ile od sposobu, w jaki ją *interpretujemy* (Beck, 1964; Ellis, 1962). Na przykład wyobraźmy sobie, że kilka osób czyta podręcznik do terapii poznawczo-behawioralnej. Przejawiają one dosyć różne reakcje emocjonalne i behawioralne na tę samą sytuację, w zależności od tego, jakie myśli przyszły im do głowy w trakcie lektury.

Czytelnik A myśli: „To naprawdę ma sens. Nareszcie znalazłem książkę, która nauczy mnie, jak być dobrym terapeutą!". Czytelnik A odczuwa lekkie podekscytowanie i kontynuuje lekturę.

Czytelnik B z kolei myśli: „To podejście jest zbytnim uproszczeniem. Z pewnością nie zadziała". Czuje się rozczarowany i zamyka książkę.

Czytelnikowi C przychodzą do głowy następujące myśli: „Ta książka nie spełnia moich oczekiwań. Strata pieniędzy". Czytelnik ten jest zniesmaczony i całkowicie odrzuca książkę.

Czytelnik D myśli: „Muszę się tego wszystkiego nauczyć. Co będzie, jeśli tego nie zrozumiem? Jeśli nigdy nie będę w tym dobry?". Odczuwa lęk i ciągle czyta te same strony.

Czytelnik E ma odmienne myśli: „To zbyt trudne. Jestem taki tępy. Nigdy tego nie opanuję. Nigdy nie zostanę terapeutą". Czuje smutek i włącza telewizor.

BIBLIOTEKA UNIWERSYTECKA Wydz. Pedagogiki i Psychologii

Scanned by CamScanner

Nasze uczucia i zachowanie są zatem powiązane z tym, jak interpretujemy daną sytuację i co niej myślimy. *Sytuacja sama w sobie nie wpływa bezpośrednio na nasze emocje i działania* – w reakcji emocjonalnej pośredniczy nasza percepcja danego zdarzenia. Terapeutę o orientacji poznawczo-behawioralnej w szczególności interesuje ten poziom myślenia, który może działać jednocześnie z poziomem bardziej oczywistym i powierzchownym.

Na przykład, kiedy czytamy ten podręcznik, możemy zauważyć dwa poziomy naszego myślenia. Część naszego umysłu skupia się na informacjach zawartych w tekście – to znaczy staramy się zrozumieć i zintegrować podane informacje. Na innym poziomie mogą się jednak pojawiać pewne szybkie, oceniające myśli. Myśli te nazywamy *myślami automatycznymi*. Nie są one rezultatem starannego namysłu czy rozumowania. Wydają się przychodzić do głowy spontanicznie; często są dość szybkie i krótkie. Możemy z trudem zdawać sobie z nich sprawę, ale znacznie częściej uświadamiamy sobie następującą po nich emocję lub zachowanie. Nawet jeśli jesteśmy świadomi naszych myśli, najczęściej bezkrytycznie przyjmujemy je za prawdę. Nawet nie myślimy o tym, żeby je zakwestionować. Możemy jednak nauczyć się je rozpoznawać poprzez śledzenie zmian w naszym nastroju, zachowaniu lub reakcjach fizjologicznych. Warto zadać sobie pytanie: „Jaka myśl przyszła mi właśnie do głowy?", kiedy:

- Zaczynamy odczuwać rozdrażnienie.
- Jesteśmy skłonni zachowywać się w sposób dysfunkcjonalny (lub unikamy zachowywania się w sposób przystosowawczy).
- Zauważamy u siebie dokuczliwe zmiany psychiczne lub somatyczne.

Po rozpoznaniu naszych automatycznych myśli możemy ocenić ich prawomocność. W pewnym stopniu proces ten odbywa się automatycznie. Na przykład jeśli mamy dużo do zrobienia, może przyjść nam do głowy automatyczna myśl: „Nigdy tego nie skończę". Ale możemy wykonać automatyczny sprawdzian rzeczywistości, przypominając sobie przeszłe doświadczenia i mówiąc sobie: „Nie martw się. Wiesz, że zawsze doprowadzasz do końca to, co musisz". Jeśli okaże się, że nasza interpretacja sytuacji jest błędna i skorygujemy ją, prawdopodobnie zauważymy u siebie poprawę nastroju, zaczniemy się zachowywać bardziej funkcjonalnie lub zmniejszy się nasze wzbudzenie fizjologiczne. W kategoriach poznawczych oznacza to, że poddanie dysfunkcjonalnych myśli obiektywnej refleksji zazwyczaj wpływa na zmianę naszych emocji, zachowania i reakcji fizjologicznych. W rozdziale 11 zamieszczono konkretne wskazówki, jak oceniać prawdziwość myśli automatycznych.

Skąd się jednak biorą te automatyczne myśli? Co powoduje, że jedna osoba interpretuje daną sytuację tak, a druga inaczej? Dlaczego ta sama osoba interpretuje identyczne zdarzenie za każdym razem inaczej? Odpowiedź wiąże się z trwalszymi zjawiskami poznawczymi, a mianowicie z przekonaniami.

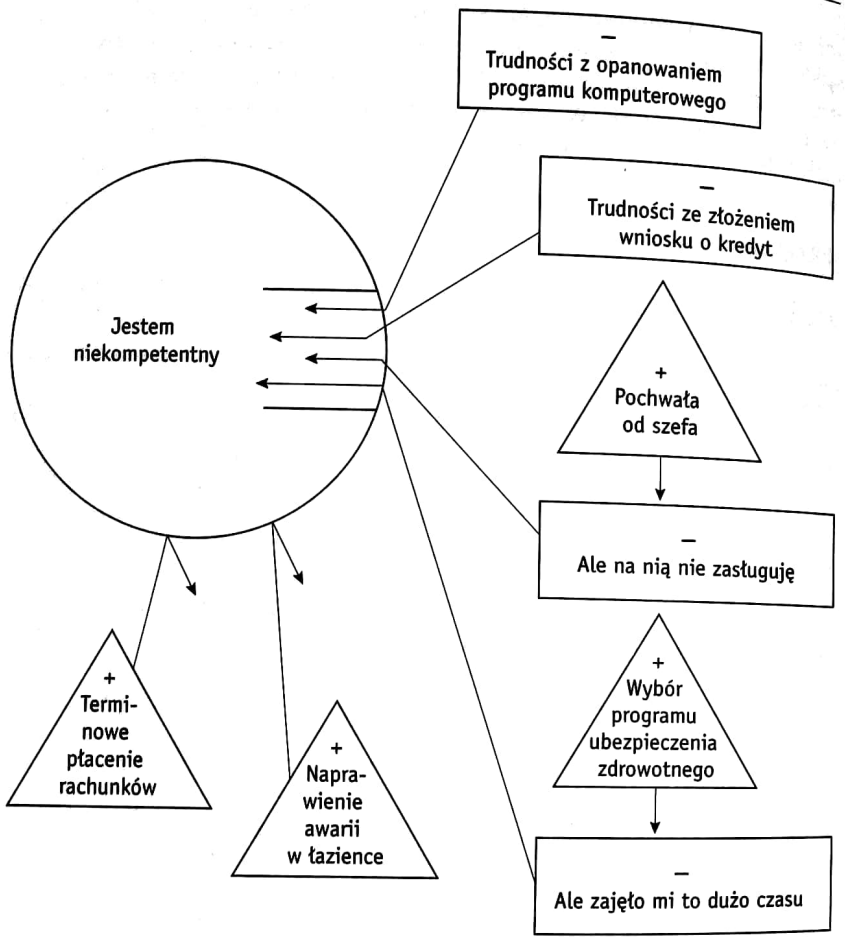
PRZEKONANIA

Od dzieciństwa rozwijamy pewne wyobrażenia na temat nas samych, innych ludzi i świata. Nasze najważniejsze lub *kluczowe przekonania* są trwałymi poglądami, które są tak podstawowe i głębokie, że często ich nie artykułujemy, nawet dla siebie. Uważamy te poglądy za prawdy absolutne, mówiące o tym, „jak jest naprawdę" (Beck, 1987). Na przykład czytelnik E, który pomyślał, że jest zbyt mało inteligentny, żeby opanować zawartą w podręczniku wiedzę, często ma podobne obawy, kiedy musi się podjąć nowego zadania (np. nauczenia się obsługi nowego programu komputerowego, zmontowania półki na książki lub złożenia w banku wniosku o kredyt). Wydaje się on wyznawać kluczowe przekonanie: „Jestem niekompetentny". Przekonanie to może się uruchamiać tylko w stanie obniżonego nastroju lub pozostawać aktywne przez większość czasu. Kiedy to kluczowe przekonanie jest aktywne, czytelnik E interpretuje przez jego pryzmat różne sytuacje, nawet jeśli, z racjonalnego punktu widzenia, dana interpretacja może być w sposób oczywisty nieprawomocna.

Czytelnik E skupia się na ogół tylko na informacjach potwierdzających prawdziwość jego kluczowego przekonania, pomijając lub lekceważąc informacje z nim sprzeczne. Na przykład nie wziął pod uwagę, że inne inteligentne, kompetentne osoby mogą podczas pierwszej lektury nie zrozumieć w pełni tego materiału. Nie uwzględnił także możliwości, że to autor nie potrafił jasno sformułować swojego wywodu. Nie pomyślał, że problem ze zrozumieniem może wypływać z braku koncentracji, a nie zdolności intelektualnych. Zapomniał, że często miewał trudności z opanowaniem nowych informacji, ale z czasem świetnie sobie z tym radził. Ponieważ zostało uruchomione jego przekonanie o własnej niekompetencji, automatycznie zinterpretował tę sytuację w sposób negatywny i samokrytyczny. W rezultacie jego przekonanie zostało podtrzymane, choć jest nieadekwatne i dysfunkcjonalne.

Na rycinie 3.1 przedstawiono zniekształcony sposób przetwarzania informacji. Koło z prostokątnym wejściem przedstawia schemat czytelnika E. Według teorii Piageta schemat to hipotetyczna struktura umysłowa, która organizuje informacje. Wewnątrz tego schematu znajduje się kluczowe przekonanie czytelnika E: „Jestem niekompetentny". Kiedy czytelnik E natrafia na negatywne dane, schemat zo-

Scanned by CamScanner



Rycina 3.1. Model przetwarzania informacji. Negatywne dane są natychmiast przetwarzane, co umacnia kluczowe przekonanie, podczas gdy pozytywne dane są odrzucane (zmieniane na negatywne dane) lub niezauważane

staje uruchomiony, a dane te, zawarte w negatywnych prostokątach, są natychmiast przetwarzane jako potwierdzenie jego kluczowego przekonania, co powoduje, że staje się ono jeszcze mocniejsze.

Inny proces zachodzi jednak wtedy, gdy czytelnik E natrafia na pozytywne dane (takie jak wybór najlepszego programu ubezpieczenia zdrowotnego dla jego rodziny). Pozytywne dane są zakodowane w odpowiednikach pozytywnych trójkątów, które nie mogą pasować do schematu. Umysł czytelnika E automatycznie odrzuca te dane („Wybrałem program ubezpieczenia zdrowotnego, *ale* zajęło mi to

dużo czasu"). Kiedy pochwalił go szef, od razu pomyślał: „Mój szef się myli. Nie wykonałem tego zadania dobrze. Nie zasłużyłem na jego pochwałę". Interpretacje te w istocie zmieniają kształt tych danych z pozytywnych trójkątów w negatywne prostokąty. Teraz dane pasują do schematu i w rezultacie utrwalają negatywne kluczowe przekonanie.

Istnieją także pozytywne dane, których czytelnik E po prostu nie zauważa. Nie neguje on istnienia pewnych dowodów przemawiających za jego kompetencją, takich jak terminowe płacenie rachunków czy naprawienie jakiejś awarii w łazience, ale wydaje się, że w ogóle nie przetwarza tych danych – nie przystają one do schematu. Z czasem kluczowe przekonanie czytelnika E o własnej niekompetencji staje się coraz mocniejsze.

Także Sally wyznaje kluczowe przekonanie o własnej niekompetencji. Na szczęście kiedy nie jest w gorszym nastroju, dość długo, choć nie przez cały czas, aktywny jest u niej inny schemat (który zawiera kluczowe przekonanie: „Jestem w miarę kompetentna"). Kiedy jednak jej nastrój jest obniżony, górę bierze schemat z niekompetencją. Ważnym elementem terapii Sally jest nauczenie jej, jak oceniać negatywne dane w sposób realistyczny i przystosowawczy. Innym ważnym elementem terapii jest nauczenie Sally, jak rozpoznawać i wierne przetwarzać pozytywne dane.

Przekonania kluczowe stanowią najgłębszy poziom przekonań; mają one charakter całościowy, są sztywne i ogólnikowe. *Myśli automatyczne* – te słowa lub obrazy, które przychodzą nam do głowy – pojawiają się w konkretnej sytuacji i mogą być uważane za najbardziej powierzchowny poziom treści poznawczych. W następnej części rozdziału opisano kategorię *przekonań pośredniczących*, sytuujących się pomiędzy przekonaniami kluczowymi a automatycznymi myślami.

Postawy, zasady i założenia

Kluczowe przekonania oddziałują na powstanie pośredniej kategorii przekonań, w skład której wchodzą – często niewyartykułowane – postawy, zasady postępowania i założenia. Czytelnik E może na przykład wyznawać następujące przekonania pośredniczące:

Postawa: „Porażka jest czymś strasznym".
Zasada postępowania: „Zrezygnuj, jeśli zadanie wydaje się za trudne".
Założenia: „Jeśli podejmę się trudnego zadania, poniosę porażkę. Jeśli wymigam się od niego, będę w porządku".

Przekonania te wpływają na jego ogląd sytuacji, który z kolei oddziałuje na jego myśli, uczucia i zachowania. Związek przekonań pośredniczących z przekonaniami kluczowymi i automatycznymi myślami przedstawiono poniżej:

Scanned by CamScanner

Przekonania kluczowe
↓
Przekonania pośredniczące
(zasady postępowania, postawy, założenia)
↓
Myśli automatyczne

Jak powstają przekonania kluczowe i pośredniczące? Od najwcześniejszych etapów rozwoju staramy się zrozumieć otaczające środowisko. Musimy w spójny sposób organizować swoje doświadczenia, aby adaptacyjnie funkcjonować (Rosen, 1988). Na podstawie interakcji ze światem i innymi ludźmi, zależnych w pewnym stopniu od naszych predyspozycji genetycznych, rozwijamy pewne poglądy – przekonania, które mogą się różnić adekwatnością i funkcjonalnością. Dla terapeuty o orientacji poznawczo-behawioralnej szczególnie ważne jest to, że można się oduczyć dysfunkcjonalnych przekonań i w procesie terapii nabyć nowe, bardziej funkcjonalne i w większym stopniu oparte na rzeczywistości.

Najszybszym sposobem poprawy samopoczucia pacjenta i zmiany jego zachowania na bardziej przystosowawcze jest wspomaganie bezpośredniej modyfikacji jego kluczowych przekonań na jak najwcześniejszym etapie terapii, ponieważ gdy to się dokona, pacjenci będą mieć tendencję do interpretowania sytuacji lub problemów w sposób bardziej konstruktywny. Modyfikację przekonań można przeprowadzić na wcześniejszym etapie terapii w przypadku pacjentów, którzy cierpią na niepowikłaną depresję i którzy przed wystąpieniem tego zaburzenia wyznawali rozsądne i przystosowawcze przekonania. Kiedy jednak przekonania pacjenta są mocno zakorzenione, terapeuta może stracić wiarygodność i narazić na szwank przymierze terapeutyczne, jeśli zbyt wcześnie zakwestionuje prawomocność kluczowych przekonań.

Z tego powodu w zwykłym przebiegu terapii poznawczo-behawioralnej na początku kładzie się nacisk na rozpoznawanie i modyfikowanie myśli automatycznych, które mają swoje źródło w kluczowych przekonaniach (oraz na interwencje bezpośrednio modyfikujące kluczowe przekonania). Przy pomocy terapeuty pacjent rozpoznaje te treści poznawcze, które są najbliższe świadomości, i stopniowo nabiera do nich dystansu, ucząc się, że:

- Samo wyznawanie jakiegoś przekonania nie oznacza z konieczności, że jest ono prawdą.
- Zmiana myślenia na to, które jest w większym stopniu oparte na rzeczywistości i bardziej użyteczne, pomaga w poprawie samopoczucia i osiągnięciu założonych celów.

Pacjentowi łatwiej jest dostrzec zniekształcenie w swoich konkretnych myślach niż w ogólnych poglądach na temat siebie, świata i innych ludzi. Jednakże przekonując się wielokrotnie, że praca na bardziej powierzchownym poziomie przynosi złagodzenie objawów, pacjent staje się bardziej skłonny do oceny tych przekonań, które leżą u podłoża jego dysfunkcjonalnych myśli. Odpowiednie przekonania pośredniczące i kluczowe są w różny sposób oceniane, a następnie modyfikowane, tak że percepcja zdarzeń i wnioski wyciągane przez pacjenta ulegają zmianie. Taka głębsza modyfikacja bardziej podstawowych przekonań zmniejsza prawdopodobieństwo nawrotu zaburzeń (Evans i in., 1992; Hollon, DeRubeis i Seligman, 1992).

ZWIĄZEK MIĘDZY ZACHOWANIEM A MYŚLAMI AUTOMATYCZNYMI

Omówioną do tej pory hierarchię treści poznawczych można przedstawić następująco:

Przekonania kluczowe
↓
Przekonania pośredniczące (zasady postępowania, postawy, założenia)
↓
Sytuacja
↓
Myśli automatyczne
↓
Reakcja (emocjonalna, behawioralna, fizjologiczna)

W konkretnej sytuacji nasze podstawowe przekonania wpływają na naszą percepcję, co znajduje swój wyraz w zależnych od sytuacji automatycznych myślach. Myśli te z kolei wpływają na naszą reakcję emocjonalną, behawioralną i fizjologiczną. Na rycinie 3.2 przedstawiono konceptualizację poznawczą funkcjonowania czytelnika E w tej szczególnej sytuacji i pokazano, jak jego przekonania wpływają na jego myślenie i jak to z kolei oddziałuje na jego reakcję.

Zwróćmy uwagę, że gdyby czytelnik E umiał *ocenić* swoje myśli, mogłoby to mieć pozytywny wpływ na jego emocje, reakcje fizjologiczne i zachowanie. Na przykład mógłby on podważyć swoje myśli, mówiąc: „Chwileczkę. Może to jest trudne, ale niekoniecznie niemożliwe. Wcześniej potrafiłem zrozumieć podobne książki. Jeśli się skoncentruję, pewnie lepiej pojmę tekst". Gdyby w ten sposób zareagował, być może poprawiłby sobie nastrój i czytał dalej.

Podsumowując, czytelnik ten odczuwał zniechęcenie z powodu myśli, które pojawiły się w określonej sytuacji. Dlaczego tak się stało

Scanned by CamScanner

Przekonanie kluczowe: *„Jestem niekompetentny"*
↓
Przekonania pośredniczące
Postawa: *„Porażka jest czymś strasznym"*
Zasada postępowania: *„Zrezygnuj, jeśli zadanie wydaje się za trudne".*
Założenia: *„Jeśli podejmę się trudnego zadania, poniosę porażkę. Jeśli wymigam się od niego, będzie w porządku"*
↓
Sytuacja: *Czytanie nowego podręcznika*
↓
Myśli automatyczne: *„To zbyt trudne. Jestem taki tępy. Nigdy tego nie opanuję. Nigdy nie zostanę terapeutą"*
↓
Reakcje
Emocjonalna: *Zniechęcenie*
Fizjologiczna: *Poczucie ociężałości*
Behawioralna: *Wymiguje się od zadania i włącza telewizor*

Rycina 3.2. Poznawcza konceptualizacja funkcjonowania czytelnika E

akurat u tego, a nie innego czytelnika? Niewyartykułowane kluczowe przekonania o własnej niekompetencji wpłynęły na jego percepcję sytuacji.

Bardziej rozbudowany model poznawczy

Należy zauważyć, że ciąg zdarzeń, w którym percepcja sytuacji prowadzi do automatycznych myśli wpływających następnie na nasze reakcje, jest niekiedy nadmiernym uproszczeniem. Myślenie, nastrój, zachowanie, fizjologia i środowisko – wszystkie te czynniki mogą oddziaływać na siebie nawzajem. Do sytuacji wyzwalających mogą należeć:

- Odrębne zdarzenia (np. otrzymanie niskiej oceny za pracę pisemną).
- Strumień myśli (np. myślenie o odrobieniu zadania domowego lub natrętne myśli).
- Wspomnienie (np. o otrzymaniu słabego stopnia w przeszłości).
- Wyobrażenie (np. wyrażającej dezaprobatę miny profesora).
- Emocja (np. intensywne rozdrażnienie).
- Zachowanie (np. pozostanie w łóżku).
- Doznanie fizjologiczne lub psychiczne (np. szybkie bicie serca lub spowolnienie myślenia).

Może wystąpić złożony ciąg zdarzeń z wieloma różnymi sytuacjami wyzwalającymi, automatycznymi myślami i reakcjami, tak jak to pokazano na rycinie 3.3.

Na początku tego rozdziału wyjaśniono, że terapeuta musi się nauczyć konceptualizowania trudności pacjenta w kategoriach poznawczych, aby podjąć decyzję, jak ma postępować w terapii – kie-

Sytuacja: *Po przebudzeniu Sally czuje się wyczerpana (fizjologiczny czynnik wyzwalający)*
↓
Myśl automatyczna: *„Jestem zbyt zmęczona, żeby wstać. Nie ma sensu wychodzić z łóżka. Nie mam dość sił, aby pójść na zajęcia"*
↓
Emocja: *Smutek*
↓
Reakcja fizjologiczna: *Poczucie ociężałości*
↓
Myśli automatyczne: *„A co będzie, jeśli [profesor z chemii] zrobi niezapowiedziany sprawdzian? A jeśli nie pozwoli mi podejść do sprawdzianu poprawkowego? A jeśli wpłynie to na obniżenie mojej końcowej oceny? [wyobrażenie oceny niedostatecznej w indeksie]*
↓
Emocja: *Lęk*
↓
Reakcja fizjologiczna: *Serce zaczyna szybciej bić*
↓
Sytuacja: *Sally zauważa szybkie bicie serca*
↓
Myśl automatyczna: *„Moje serce bije za szybko. Coś złego się ze mną dzieje?"*
↓
Emocja: *Wzmożony lęk*
↓
Reakcja fizjologiczna: *Uczucie napięcia w całym ciele, serce nadal bije szybko*
↓
Myśl automatyczna: *„Lepiej zostanę w łóżku"*
↓
Emocja: *Ulga*
↓
Reakcja fizjologiczna: *Zmniejszenie napięcia, serce zaczyna bić wolniej*
↓
Zachowanie: *Sally zostaje w łóżku*

Ostatecznie Sally wstaje, dociera na zajęcia 20 minut po ich rozpoczęciu, a następnie przychodzi jej do głowy mnóstwo automatycznych myśli dotyczących spóźniania się i opuszczania wykładów.

Rycina 3.3. Ciąg zdarzeń według rozbudowanego modelu poznawczego

Scanned by CamScanner

dy zająć się określonym problemem lub celem, myślą automatyczną, przekonaniem czy zachowaniem, jakie wybrać techniki i jak budować dobrą relację terapeutyczną. Należy sobie przy tym odpowiedzieć na kilka podstawowych pytań:

„Jak to się stało, że pacjent do nas trafił?"
„Jakie podatności odegrały w jego przypadku znaczącą rolę?"
„Jak pacjent radził sobie ze swoją podatnością?"
„Czy pewne zdarzenia życiowe (urazy, przeżycia, interakcje z innymi) predysponowały go do obecnych trudności?"
„Jakie są automatyczne myśli pacjenta i z jakich przekonań się one wywodzą?"

Należy postawić się na miejscu pacjenta, wczuć się w jego sytuację, zrozumieć jego emocje i spojrzeć na świat jego oczami. Zważywszy na jego dotychczasowe doświadczenia i zespół przekonań, zrozumiałe powinny się stać jego spostrzeżenia, myśli, emocje i zachowania.

Terapeuta może sobie wyobrazić terapię jako podróż, a konceptualizację jako mapę. Wspólnie z pacjentem omawia cele terapii – miejsce, do którego mają dotrzeć. Istnieje wiele sposobów dotarcia do celu, można korzystać z autostrad lub mało uczęszczanych dróg. Czasami objazdy zmieniają początkową marszrutę. W miarę nabierania doświadczenia i wprawy w konceptualizacji terapeuta uzupełnia mapę stosownymi szczegółami, a jego wydajność i skuteczność rosną. Na początku jednak należy się spodziewać, że nie przeprowadzi terapii w sposób optymalny. Adekwatna konceptualizacja poznawcza pomoże mu ustalić główne drogi i najlepszą trasę podróży.

Konceptualizacja rozpoczyna się podczas pierwszego spotkania z pacjentem i jest udoskonalana na każdym kolejnym. Terapeuta formułuje hipotezy na temat pacjenta, opierając się nie tylko na poznawczym opracowaniu przypadku, ale także na konkretnych danych dostarczanych przez pacjenta. W miarę napływu nowych informacji terapeuta potwierdza, podważa lub modyfikuje swoje hipotezy. Konceptualizacja nie jest zatem czymś stałym. W strategicznych momentach terapeuta bezpośrednio weryfikuje swoje hipotezy i opracowanie przypadku, przedstawiając je pacjentowi. Ogólnie biorąc, jeśli konceptualizacja jest trafna, pacjent potwierdza, że „wydaje mu się słuszna" – że obraz przedstawiony przez terapeutę naprawdę współbrzmi z jego odczuciami.

Na przykład Sally cierpiała z powodu utrzymującego się uczucia smutku, lęku i samotności. W trakcie wstępnego badania uzyskałam od niej próbkę automatycznych myśli. Spytałam ją, kiedy na ogół czuje się najgorzej – w jakich sytuacjach lub porach dnia. Sally odpowiedziała, że najgorzej czuje się wieczorem, kiedy leży już w łóżku i stara się zasnąć. Upewniwszy się, że poprzedni wieczór należał do typowych,

zadałam jej zasadnicze pytanie: „Jakie myśli przyszły pani do głowy ostatniego wieczora, gdy leżała pani w łóżku i próbowała zasnąć?". Sally odpowiedziała: „Nigdy nie napiszę pracy semestralnej. Pewnie wylecę ze studiów. Nigdy do niczego nie dojdę". Sally opowiedziała też o wyobrażeniu – automatycznej myśli w formie obrazu – które przemknęło jej przez głowę. Zobaczyła siebie z ciężkim plecakiem, błąkającą się bez celu po ulicy, przygnębioną, zagubioną i zrozpaczoną. W trakcie terapii uzupełniłam swoją konceptualizację. Uporządkowałam swoje myśli za pomocą schematu konceptualizacji poznawczej (strona 213) oraz poznawczego opisu przypadku (dodatek A).

Kluczowe przekonania Sally

Jako dziecko Sally próbowała zrozumieć siebie, innych i świat. Uczyła się na podstawie własnych doświadczeń, interakcji z innymi ludźmi, bezpośrednich obserwacji oraz jawnych i ukrytych komunikatów wysyłanych przez inne osoby. Wpływ na jej spostrzeżenia miało także niewątpliwie jej wyposażenie genetyczne. Miała niezwykle zdolnego starszego brata o imieniu Robert. Gdy była małym dzieckiem, wydawało się jej, że nie potrafi zrobić niczego tak dobrze jak on. Zaczęła więc uważać – choć nigdy nie ubrała tego w słowa – że jest niekompetentna i gorsza. Ciągle porównywała swoje osiągnięcia z dokonaniami brata i za każdym razem wynajdywała u siebie jakieś braki. Często przychodziły jej do głowy takie myśli jak: „Nie potrafię rysować tak ładnie jak Robert", „Lepiej jeździ od mnie na rowerze", „Nigdy nie będę umiała tak szybko czytać jak on. Wszystko robi od mnie lepiej".

Nie u wszystkich dzieci mających starsze rodzeństwo rozwijają się takie dysfunkcjonalne przekonania. Ale myśli Sally były wzmacniane przez matkę, która często ją krytykowała: „Znów nie posprzątałaś dokładnie swojego pokoju. Czy niczego nie potrafisz zrobić porządnie?" albo „Twój brat przyniósł dobre świadectwo. A ty co? Do niczego w życiu nie dojdziesz". Sally – jak większość dzieci – przykładała ogromną wagę do słów matki, wierząc, że mama niemal we wszystkich sprawach ma rację. Kiedy więc ta ją krytykowała, wprost lub w zawoalowany sposób podważając kompetencje córki, Sally całkowicie jej wierzyła.

W szkole Sally również porównywała się z rówieśnikami. Uzyskiwane przez nią wyniki wykraczały poza średnią, ale zestawiała je wyłącznie z najlepszymi. I znowu wypadała gorzej od nich. Myślała: „Nie jestem tak dobra jak oni", „Nigdy tego tak dobrze nie zrozumiem". I tak przekonanie o własnej niekompetencji i niższości dalej było wzmacniane.

Nie zdając sobie z tego sprawy, Sally często lekceważyła lub odrzucała pozytywne informacje, które były sprzeczne z tymi pogląda-

Scanned by CamScanner

mi. Gdy dostawała dobrą ocenę ze sprawdzianu, mówiła sobie: „Test był prosty". Kiedy zaczęła chodzić na balet i została jedną z najlepszych tancerek w zespole, pomyślała: „Nigdy nie będę tańczyć tak dobrze jak moja instruktorka". Zazwyczaj formułowała negatywne interpretacje, potwierdzając w ten sposób swoje dysfunkcjonalne przekonania. Kiedy na przykład matka skarciła ją za nieco gorszą ocenę ze sprawdzianu, pomyślała: „Mama ma rację. Jestem głupia". Konsekwentnie interpretowała negatywne zdarzenia jako potwierdzenie swoich wad. Oprócz tego, kiedy doświadczyła czegoś pozytywnego, na przykład została wyróżniona za wyniki w nauce, często umniejszała wartość tych zdarzeń: „Po prostu miałam szczęście. To był fuks".

W wyniku tego procesu u Sally rozwinęło się negatywne kluczowe przekonanie na swój temat. Jej negatywne przekonania nie były jednak niewzruszone. Ojciec – choć dużo podróżował w sprawach służbowych i tylko sporadycznie bywał w domu – udzielał jej zachęt i wsparcia. Kiedy na przykład uczył ją grać w baseball, chwalił jej postępy: „Świetnie... Dobry zamach... Coraz lepiej ci idzie... Ćwicz dalej". Także niektórzy nauczyciele chwalili Sally za osiągnięcia w nauce. Ogólnie miała również dobre doświadczenia z kolegami i przyjaciółmi. Wiedziała, że jeśli bardzo się stara, to niektóre rzeczy wychodzą jej lepiej niż koleżankom – na przykład gra w baseball. A zatem u Sally rozwinęło się równoważne pozytywne przekonanie, że przynajmniej pod niektórymi względami jest kompetentna.

Inne przekonania kluczowe pacjentki – dotyczące świata i innych ludzi – były zazwyczaj pozytywne i funkcjonalne. Ogólnie uważała, że ludzie mają dobre zamiary, a świat jest miejscem stosunkowo bezpiecznym, stabilnym i przewidywalnym.

Należy ponownie podkreślić, że przekonania kluczowe Sally dotyczące jej samej, innych ludzi i świata były jej najbardziej podstawowymi przekonaniami, których nigdy tak naprawdę nie wyartykułowała, zanim nie zgłosiła się na terapię. Gdy była nastolatką, górę brały jej bardziej pozytywne przekonania kluczowe. Dopiero wówczas, gdy popadła w depresję, zostały uruchomione jej bardzo negatywne przekonania.

Postawy, zasady postępowania i założenia Sally

Przekonania pośredniczące pacjentki były nieco bardziej podatne na modyfikację niż jej przekonania kluczowe. Te postawy, zasady postępowania i założenia powstały tak samo jak przekonania kluczowe, w miarę jak Sally starała się rozumieć świat, innych ludzi i siebie. Na podstawie interakcji z członkami rodziny i innymi ważnymi dla niej osobami rozwinęły się w niej następujące postawy i zasady postępowania:

„Powinnam być świetna we wszystkim, co robię".
„Zawsze muszę dawać z siebie wszystko".
„Trwonienie własnego potencjału jest czymś strasznym".

Podobnie jak w przypadku przekonań kluczowych Sally nie wyartykułowała w pełni przekonań pośredniczących. Niemniej wywierały one wpływ na jej sposób myślenia i ukierunkowywały jej zachowanie. Na przykład w szkole średniej nie zgłosiła się do redakcji gazetki szkolnej (choć bardzo ją to interesowało), gdyż przyjęła założenie, że nie potrafi dość dobrze pisać. Przed egzaminami czuła strach, że jej się nie powiedzie, a zarazem miała poczucie winy, że za mało się uczyła.

Kiedy jednak bardziej pozytywne przekonania kluczowe brały górę, widziała się w lepszym świetle, choć nigdy nie była do końca przekonana, że jest kompetentna. Z czasem przyjęła założenie: „Jeśli będę ciężko pracować, mogę przezwyciężyć słabości i mieć dobre wyniki w szkole". Gdy jednak popadła w depresję, właściwie przestała wierzyć w prawdziwość tego założenia i zamieniła je na przekonanie: „Z powodu swoich słabości nigdy do niczego w życiu nie dojdę".

Strategie radzenia sobie Sally

Myśl o własnej niekompetencji zawsze była dla Sally przykra. Opracowała więc pewne strategie behawioralne w celu skompensowania tego, co postrzegała jako swoje wady. Jak można się domyślić z jej przekonań pośredniczących, ciężko pracowała w szkole i na boisku. Bardzo starannie przygotowywała się do zajęć szkolnych i dużo uczyła się przed sprawdzianami. Stała się także wrażliwa na wszelkie oznaki niekompetencji i podwajała swoje wysiłki, gdy jej się nie udawało czegoś opanować w szkole. Rzadko prosiła o pomoc z obawy, że ktoś zauważy jej braki.

Automatyczne myśli Sally

Choć do momentu podjęcia terapii Sally nie wyartykułowała tych przekonań kluczowych i pośredniczących, to częściowo uświadamiała sobie myśli automatyczne przychodzące jej do głowy w konkretnych sytuacjach. Na przykład w szkole średniej (kiedy nie miała depresji) próbowała się dostać do żeńskiej drużyny softballowej i hokejowej. Kiedy dostała się do drużyny softballowej, pomyślała: „Świetnie – będę ćwiczyć z tatą". Gdy nie przyjęto jej do drużyny hokejowej, była rozczarowana, ale nie miała do siebie wielkich pretensji.

Scanned by CamScanner

Na pierwszym roku college'u Sally popadła jednak w depresję. Później, kiedy zastanawiała się nad rozegraniem towarzyskiego meczu ze znajomymi z akademika, obniżony nastrój wpłynął na jej myśli: „Jestem do niczego. Pewnie nawet nie trafię w piłkę". Trójkę z egzaminu z literatury skwitowała myślą: „Jestem skończoną idiotką. Pewnie nie zaliczę przedmiotu. Nigdy nie skończę studiów".

Podsumowując, w szkole średniej – kiedy nie miała depresji – aktywne były u niej bardziej pozytywne przekonania kluczowe oraz przychodziły jej do głowy stosunkowo pozytywne (i bardziej realistyczne) myśli. Jednak na pierwszym roku studiów, w okresie jej depresji, górę wzięły negatywne przekonania, co sprawiło, że zaczęła niekorzystnie dla siebie interpretować różne sytuacje i zwykle przychodziły jej do głowy negatywne (a zarazem nierealistyczne) myśli. Pod wpływem tych zniekształconych myśli Sally zaczęła się także *zachowywać* w sposób, który przynosił skutek przeciwny do zamierzonego, co prowadziło do automatycznych myśli na temat jej zachowania. Zamiast interpretować swoje unikanie jako objaw depresji, myślała: „Jestem beznadziejna", co nasilało jej rozdrażnienie i zwiększało częstość nieprzystosowawczych zachowań.

Ciąg wydarzeń prowadzących do depresji

W jaki sposób Sally popadła w depresję? Przyczynami depresji są rozmaite czynniki biopsychologiczne i psychospołeczne. Sally mogła mieć genetyczną predyspozycję do rozwoju depresjogennych przekonań. Nie wszystkie jednak negatywne zdarzenia wywoływały w niej uczucie dysforii. Dawała sobie radę dopóty, dopóki jej wewnętrzna podatność, pozostająca pod wpływem negatywnych przekonań, nie została pobudzona przez serię odpowiednich stresorów (model „podatność–stres"; Beck, 1967).

Kiedy Sally rozpoczęła studia, miała kilka doświadczeń, które zinterpretowała zdecydowanie negatywnie. Do jednego z nich doszło w pierwszym tygodniu roku akademickiego. Rozmawiała w akademiku z innymi studentami pierwszego roku. Opowiadali oni o zaawansowanych kursach i egzaminach, dzięki którym uzyskali zwolnienie z pewnych zajęć. Sally nie miała żadnych dodatkowych punktów, pomyślała więc, że koledzy są od niej znacznie lepsi. Gdy na zajęciach z ekonomii profesor przedstawił wymagania, jakie należy spełnić, aby zaliczyć kurs, Sally natychmiast pomyślała: „Nie będę umiała napisać pracy badawczej". Miała problemy ze zrozumieniem pierwszego rozdziału podręcznika do chemii i przyszła jej do głowy myśl: „Skoro nie rozumiem pierwszego rozdziału, to jak sobie w ogóle poradzę z całym kursem?".

Tego typu przekonania sprawiły, że Sally stała się podatna na interpretowanie zdarzeń w negatywny sposób. Nie kwestionowała swoich myśli, lecz przyjmowała je bezkrytycznie. Mijały kolejne tygodnie, a Sally coraz częściej miewała negatywne myśli na swój temat. Czuła się coraz bardziej zniechęcona i smutna. Zaczęła poświęcać niezmiernie dużo czasu na naukę, ale nie przyniosło to zadowalających rezultatów, gdyż miała coraz większe problemy z koncentracją. Nadal była bardzo krytyczna wobec siebie, a nawet miała negatywne myśli na temat swoich objawów depresji: „Co się ze mną dzieje? Nie powinnam tak się czuć. Dlaczego jestem taka przybita? Jestem do niczego". Odsunęła się nieco od nowych znajomych z college'u i przestała dzwonić do dawnych przyjaciół. Przestała biegać, pływać i robić większość rzeczy, które dawniej dawały jej poczucie, że coś potrafi. W ten sposób zmalała liczba jej pozytywnych doświadczeń. W końcu straciła apetyt, zaczęła mieć kłopoty ze snem, stała się słabowita i apatyczna. Percepcja Sally oraz jej zachowania w owych okolicznościach ułatwiły ujawnienie się biologicznej i psychologicznej podatności na depresję.

Konceptualizacja trudności pacjenta w kategoriach poznawczych jest niezbędna do ustalenia najskuteczniejszego i najbardziej wydajnego przebiegu terapii. Pomaga też w rozwoju empatii – czynnika niezwykle ważnego dla zbudowania dobrej relacji terapeutycznej z pacjentem. Ogólnie biorąc, w czasie konceptualizowania problemu pacjenta należy odpowiedzieć na następujące pytania:

- „Jak doszło do tego, że u pacjenta wystąpiło określone zaburzenie?"
- „Jakie wydarzenia życiowe, doświadczenia i interakcje z innymi okazały się istotne?"
- „Jakie najbardziej podstawowe przekonania o sobie, świecie i innych ludziach żywi pacjent?"
- „Jakie są jego założenia, oczekiwania, zasady postępowania i postawy (przekonania pośredniczące)?"
- „Z jakich strategii korzystał w życiu, aby radzić sobie z tymi negatywnymi przekonaniami?"
- „Które automatyczne myśli, wyobrażenia i zachowania podtrzymują to zaburzenie?"
- „W jaki sposób wzajemne oddziaływanie powstających przekonań i sytuacji życiowych sprawiło, że pacjent stał się podatny na to zaburzenie?"
- „Co obecnie dzieje się w życiu pacjenta i jak spostrzega on bieżące zdarzenia?"

Powtórzmy, że konceptualizacja rozpoczyna się podczas pierwszego spotkania i jest procesem trwającym przez całą terapię. Terapeuta opiera swoje hipotezy na informacjach zebranych od pacjenta, wykorzystując najbardziej oszczędne wyjaśnienia oraz powstrzymując się od interpretacji i wniosków wykraczających poza uzyskane dane. W strategicznych momentach przedstawia konceptualizację pacjentowi, żeby sprawdzić jej trafność, a także pomóc pacjentowi w zro-

Scanned by CamScanner

zumieniu siebie i swoich trudności. Konceptualizacja zawsze podlega modyfikacjom, w miarę jak ujawniają się nowe informacje, a poprzednie hipotezy zostają potwierdzone, poprawione lub odrzucone. W całej tej książce podkreśla się ciągłość procesu konceptualizacji. Wpływ zdarzeń z przeszłości pacjenta na jego rozumienie siebie i świata zostanie bardziej szczegółowo omówiony w rozdziale 14.

ROZDZIAŁ 4

SESJA DIAGNOSTYCZNA

W niniejszym rozdziale opisano cele i porządek sesji diagnostycznej. Terapeuta dowie się z niego, jak przeprowadzić badanie diagnostyczne, przedstawić swoją wstępną diagnozę pacjentowi, opracować wstępne cele leczenia i kształtować oczekiwania pacjenta wobec terapii. Dowie się także, co należy zrobić po sesji diagnostycznej, włącznie ze sformułowaniem wstępnej konceptualizacji poznawczej problemu pacjenta.

Jeśli terapia poznawczo-behawioralna ma być skuteczna, pacjent musi zostać gruntownie przebadany, tak aby terapeuta mógł adekwatnie opracować przypadek, sformułować konceptualizację funkcjonowania danego pacjenta i zaplanować leczenie. Chociaż metody terapii różnych zaburzeń częściowo się pokrywają, istnieją między nimi także istotne różnice, wynikające z tego, że w każdym zaburzeniu występują inne ważne treści poznawcze i strategie behawioralne. Poświęcenie uwagi problemom zgłaszanym przez pacjenta, jego bieżącemu funkcjonowaniu, objawom i dotychczasowemu przebiegowi zaburzeń pozwala terapeucie na opracowanie wstępnej konceptualizacji i sformułowanie ogólnego planu terapii. Nawet jeśli pacjent był wcześniej badany przez innego klinicystę, terapeuta musi uzupełnić diagnozę o dodatkowe dane. Podczas pierwszego kontaktu z pacjentem oprócz rozpoznania jego zaburzenia ma on do wykonania pewną liczbę zadań.

Badanie diagnostyczne nie ogranicza się jednak do tego pierwszego spotkania z pacjentem. Na każdej sesji terapeuta będzie gromadził dane w celu potwierdzenia, zmiany lub uzupełnienia swojej diagnozy i konceptualizacji. Przy przyjęciu możliwe jest dokonanie niewłaściwego rozpoznania, jeśli pacjent umyślnie zataja pewne informacje (mogą tak robić niektórzy pacjenci z problemami związanymi z nadużywaniem substancji psychoaktywnych lub z ego-syn-

Scanned by CamScanner

tonicznymi objawami zaburzeń odżywiania się) lub nieumyślnie nie podaje ważnych danych. Terapeuta może także błędnie przypisać pewne objawy (np. izolację społeczną) określonemu zaburzeniu (depresji), podczas gdy u pacjenta występuje także inne zaburzenie (fobia społeczna). Jeśli badanie przeprowadził inny klinicysta, terapeuta niewątpliwie będzie musiał zebrać dodatkowe informacje dotyczące zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej jako możliwego leczenia.

CELE SESJI DIAGNOSTYCZNEJ

Oprócz postawienia właściwej diagnozy u pacjenta badanie diagnostyczne umożliwia terapeucie:

- Opracowanie przypadku i sformułowanie wstępnej konceptualizacji poznawczej funkcjonowania pacjenta.
- Określenie, czy będzie dla niego odpowiednim terapeutą.
- Ustalenie, czy będzie mógł zapewnić odpowiednią „dawkę" terapii" (np. gdy pacjent wymaga codziennych spotkań, a terapeuta może poprowadzić jedynie cotygodniową terapię).
- Określenie, czy wskazane jest dodatkowe leczenie lub pomoc medyczna (np. leczenie farmakologiczne).
- Zapoczątkowanie przymierza terapeutycznego z pacjentem (oraz z członkami jego rodziny, jeśli zachodzi taka potrzeba).
- Rozpoczęcie zapoznawania pacjenta z porządkiem i przebiegiem terapii.
- Rozpoznanie ważnych problemów i wyznaczenie ogólnych celów.

Już przed pierwszym spotkaniem z pacjentem warto zebrać o nim możliwie jak najwięcej informacji. Należy go poprosić, aby przesłał – lub zadbał o przesłanie – odpowiedniej dokumentacji od obecnych i poprzednich klinicystów – specjalistów zarówno w dziedzinie zdrowia psychicznego, jak i lekarzy innych specjalności. Sama sesja diagnostyczna zajmie mniej czasu, jeśli pacjenci będą mogli wcześniej wypełnić kwestionariusze i formularze samoopisu. Szczególnie ważne jest, aby pacjent miał aktualne badanie lekarskie. Zdarza się niekiedy, że pacjenci cierpią z powodu problemów somatycznych, a nie psychicznych. Na przykład niedoczynność tarczycy może zostać mylnie wzięta za depresję.

Podczas wstępnej rozmowy telefonicznej należy poinformować pacjenta, że często warto przyprowadzić na sesję członka rodziny, partnera lub zaufanego przyjaciela, który będzie mógł udzielić dodatkowych informacji lub dowie się, jak może pomóc pacjentowi. Terapeuta powinien się upewnić, że pacjent rozumie, iż diagnoza pomoże

terapeucie w określeniu, czy jest on dobrym kandydatem do terapii poznawczo-behawioralnej i czy terapeuta będzie w stanie zapewnić mu potrzebne leczenie.

PORZĄDEK SESJI DIAGNOSTYCZNEJ

Porządek sesji diagnostycznej obejmuje:

- Przywitanie się z pacjentem.
- Powzięcie wspólnie z pacjentem decyzji, czy członek rodziny powinien mu towarzyszyć podczas całej sesji, na części sesji, czy też w ogóle nie powinien brać w niej udziału.
- Ustalenie programu i wyrażenie odpowiednich oczekiwań co do sesji.
- Przeprowadzenie badania diagnostycznego.
- Wyznaczenie wstępnych, ogólnych celów.
- Uzyskanie informacji zwrotnych od pacjenta.

ROZPOCZĘCIE SESJI DIAGNOSTYCZNEJ

Zanim pacjent wejdzie do naszego gabinetu, należy przejrzeć wszelkie dostarczone przez niego dokumenty oraz wypełnione formularze. Zazwyczaj na początku warto się spotkać z pacjentem sam na sam. Następnie można się wspólnie zastanowić, czy towarzyszący członek rodziny (jeśli taki jest) powinien uczestniczyć w sesji. Często warto poprosić tę osobę do gabinetu przynajmniej pod koniec sesji, kiedy terapeuta przekazuje swoje wstępne wrażenia, w tym wstępną diagnozę, i omawia ogólne cele terapii. Możemy wówczas zapytać członka rodziny, jakie jest jego spojrzenie na problem pacjenta oraz – jeśli to wskazane – poprosić go o ponowne przyjście w jakimś momencie terapii, żeby mógł się dowiedzieć, w jaki sposób może skuteczniej pomóc pacjentowi.

Następnie poinformujmy pacjenta, czego powinien oczekiwać po tym wstępnym spotkaniu.

TERAPEUTKA: Tak jak wyjaśniłam pani przez telefon, jest to nasza sesja diagnostyczna. Nie jest to sesja terapeutyczna, więc nie będziemy dzisiaj pracować nad rozwiązaniem pani problemów. Zaczniemy to robić następnym razem. Dzisiaj muszę zadać pani wiele pytań [podaje uzasadnienie] w celu ustalenia pani diagnozy. Niektóre z nich będą miały związek z pani problemami, niektóre nie, ale muszę je zadać, żeby rozpoznać

Scanned by CamScanner

problemy, które pani ma, i wykluczyć te, które u pani nie występują. Czy zgadza się pani na to?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Prawdopodobnie czasami będę musiała pani przerywać, żeby uzyskać informacje, których potrzebuję. Powie mi pani, jeśli będzie to pani przeszkadzać?

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Zanim rozpoczniemy, chciałabym pani powiedzieć, czym zajmiemy się dzisiaj. [ustala program] Chciałabym uzyskać jak najwięcej informacji na temat objawów, których pani doświadcza, pani funkcjonowania w ostatnim czasie, a także wcześniejszych dolegliwości. Potem poproszę, żeby opowiedziała mi pani o wszystkich innych rzeczach, o których powinnam wiedzieć. Następnie wyznaczymy pewne ogólne cele leczenia. Powiem pani, jakie są moje pierwsze wrażenia i na czym moim zdaniem powinnyśmy się skupić w terapii. Zapytam o pani wrażenia. Na koniec zobaczymy, czy ma pani jakieś inne pytania lub obawy. [zachęca do współpracy] Czy to pani odpowiada?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Czy jest jeszcze coś, czym chciałaby się pani dzisiaj zająć.

PACJENTKA: Miałam nadzieję, że pomoże mi pani zdecydować, co zrobić w związku ze szkołą. Mam takie zaległości.

TERAPEUTKA: (*robiąc notatkę*) Zapiszę to. Nie wiem, czy dzisiaj będziemy mieć czas, ale z pewnością możemy poruszyć ten temat następnym razem, na naszej pierwszej sesji terapeutycznej.

FAZA BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO

Terapeuta będzie musiał poznać wiele dziedzin obecnych i dawnych doświadczeń pacjenta, aby opracować solidny plan terapii (obejmujący wszystkie sesje), zaplanować leczenie w obrębie poszczególnych sesji, rozwinąć dobrą relację terapeutyczną, ukierunkować pacjenta w wyznaczaniu celów oraz ogólnie przeprowadzić skuteczną terapię. Do owych dziedzin należą:

- Dane demograficzne.
- Główne skargi i bieżące problemy.
- Przebieg obecnej choroby i zdarzenia wyzwalające.

- Strategie radzenia sobie (przystosowawcze i nieprzystosowawcze) wykorzystywane obecnie i w przeszłości.
- Wywiad psychiatryczny, w tym rodzaje terapii psychospołecznych (i sporzegana użyteczność tych metod), hospitalizacje, leczenie farmakologiczne, próby samobójcze oraz obecny stan psychiczny.
- Używanie substancji psychoaktywnych, w przeszłości i obecnie.
- Wywiad medyczny dotyczący przebytych chorób somatycznych i obecnego stanu zdrowia.
- Choroby psychiczne w rodzinie, w przeszłości i obecnie.
- Wywiad rozwojowy.
- Ogólna historia rodziny i sytuacja obecna.
- Doświadczenia w relacjach społecznych, w przeszłości i obecnie.
- Przebieg edukacji i uzyskane wykształcenie
- Przebieg zatrudnienia i obecny status zawodowy.
- Doświadczenia religijne/duchowe.
- Mocne strony, wartości i przystosowawcze strategie radzenia sobie.

Chociaż szczegółowy opis procedur i narzędzi diagnostycznych wykracza poza zakres tej książki, mogą być tutaj przydatne różne źródła, między innymi prace Antony'ego i Barlowa (2010), Dobson i Dobsona (2009), Kuykena i in. (2009), Lazarusa i Lazarusa (1991), Ledley, Marksa i Heimberga (2005). Niezwykle istotne jest także określenie nasilenia tendencji samobójczych u pacjenta. W książce Wenzel, Browna i Becka (2008) można znaleźć wskazówki dotyczące diagnozy i prowadzenia pacjentów z tendencjami samobójczymi.

Innym ważnym elementem badania diagnostycznego jest spytanie pacjenta o sposób spędzania czasu. Jeśli poprosimy pacjenta, aby opisał nam, jak wygląda jego typowy dzień, uzyskamy dodatkowy wgląd w jego codzienne przeżycia i łatwiej będzie nam wyznaczyć konkretne cele na pierwszej sesji terapeutycznej. Gdy pacjent będzie opisywał swój typowy dzień, należy zwrócić uwagę na:

- Wahania jego nastroju.
- Jego interakcje z rodziną, przyjaciółmi i znajomymi w pracy.
- Jego ogólne funkcjonowanie w domu, pracy i innych miejscach.
- Sposób spędzania wolnego czasu.

Należy także wysondować, czego pacjent *nie* robi i czego aktywnie unika.

TERAPEUTKA: Chciałabym sobie wyrobić jakieś pojęcie, jak wygląda pani zwykły dzień. Czy może mi pani opowiedzieć, co pani robi od momentu, kiedy budzi się pani rano, do chwili, kiedy kładzie się pani spać wieczorem?

PACJENTKA: Dobrze.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: O której godzinie pani wstaje?

PACJENTKA: (*wzdycha*) No cóż, zazwyczaj wstaję około piątej.

TERAPEUTKA: Co pani potem robi?

PACJENTKA: Zwykle przewracam się z boku na bok co najmniej przez parę godzin.

TERAPEUTKA: O której godzinie wstaje pani z łóżka, żeby rozpocząć dzień?

PACJENTKA: To zależy. Zwykle pozostaję w łóżku do ostatniej minuty. Przez trzy dni w tygodniu mam zajęcia o dziewiątej, więc wstaję o wpół do dziewiątej, za dwadzieścia dziewiąta, tak mniej więcej.

TERAPEUTKA: A w inne dni?

PACJENTKA: Nie muszę wstawać tak wcześnie. Więc zwykle zostaję w łóżku tak długo, aż zgłodnieję.

TERAPEUTKA: A zatem jada pani śniadanie o...?

PACJENTKA: Czasami o dziesiątej. Czasami w południe.

TERAPEUTKA: Czy w poprzednim semestrze było inaczej?

PACJENTKA: Tak, wtedy wstawałam najpóźniej o dziewiątej.

TERAPEUTKA: Co pani robi po śniadaniu?

PACJENTKA: Zwykle snuję się po moim pokoju w akademiku. Oglądam telewizję. Staram się trochę poczytać na zajęcia. Ale zwykle nie mogę się skupić. Więc przestaję to robić. Czasami zasypiam.

TERAPEUTKA: Co jeszcze pani robi po południu?

PACJENTKA: Przez większość dni mam zajęcia od pierwszej do czwartej.

TERAPEUTKA: Chodzi pani na nie? Czy opuściła pani jakieś zajęcia?

PACJENTKA: Nie, chodzę. Ale naprawdę trudno mi na nich wysiedzieć. Czasami po prostu odlatuję.

TERAPEUTKA: Co pani robi po zajęciach?

PACJENTKA: Wracam do mojego pokoju.

TERAPEUTKA: I co wtedy pani robi?

PACJENTKA: To zależy.

TERAPEUTKA: Co od czasu do czasu pani robi?

PACJENTKA: Zazwyczaj próbuję się trochę uczyć. Ale czasami kończy się to tym, że surfuję po internecie, zasypiam lub oglądam telewizję.

TERAPEUTKA: Gdzie jada pani obiady?

PACJENTKA: Chodzę do stołówki z kimś z akademika.

TERAPEUTKA: Co potem pani robi?

PACJENTKA: To zależy. Zwykle wracam do pokoju. Staram się trochę popracować. Czasami mi się to udaje, a czasami nie. Chwilę próbuję, a potem przeważnie oglądam telewizję.

TERAPEUTKA: A potem?

PACJENTKA: Kładę się do łóżka około jedenastej, w pół do dwunastej.

TERAPEUTKA: Czy od razu pani zasypia?

PACJENTKA: Zazwyczaj nie. Zajmuje mi to około godziny.

TERAPEUTKA: A potem przesypia pani aż do piątej?

PACJENTKA: Tak.

Opis ten pomaga mi dokładnie określić trudności, jakimi prawdopodobnie będziemy musiały się zająć: zaburzeniami snu, drzemkami, nieregularnym planem dnia, izolacją społeczną, ograniczonymi możliwościami rozwijania swych umiejętności (poczucia sukcesu), kłopotami z koncentracją, zaległościami w nauce, zbyt częstym oglądaniem telewizji. Ponieważ Sally, tak jak większość pacjentów z depresją, skupia się na swoich problemach, pytam ją także o jej pozytywne doświadczenia i przystosowawcze strategie radzenia sobie. („W jakich chwilach w ciągu dnia ma pani lepsze samopoczucie?", „Wydaje się, że jest pani dosyć zmęczona. W jaki sposób zmusza się pani do tego, żeby pójść na zajęcia?").

Zbieranie danych w taki sposób ukierunkowuje moje myślenie w opracowywaniu wstępnego planu terapeutycznego. Wykorzystuję te informacje także na pierwszej sesji, kiedy wyznaczamy cele terapii i planujemy zajęcia. Oprócz tego proszę Sally o opisanie, co robi w typowy weekend, kiedy porządku jej dnia nie określają zajęcia na uczelni.

W ciągu całej fazy badania diagnostycznego terapeuta będzie wyczulony na sygnały, które mogą wskazywać, że pacjent nie jest pewny, czy powinien podjąć terapię. Na przykład gdy Sally opisuje swoje obecne objawy, jej sposób myślenia wyraża poczucie beznadziejności. Wykorzystuję jej automatyczną myśl, żeby subtelnie przedstawić model poznawczy, wskazuję, że będzie ona przedmiotem leczenia w przyszłości, i upewniam się, czy nasze wstępne przymierze nie ucierpiało.

PACJENTKA: Wydaje się, że mam tak wiele problemów. Myślę, że nic mi nie pomoże.

TERAPEUTKA: W porządku, to interesująca myśl: „Myślę, że nic mi nie pomoże". Jakie uczucia wywołuje w pani ta myśl? Smutek? Poczucie beznadziejności?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: Jedno i drugie.

TERAPEUTKA: Jest to *dokładnie* tego rodzaju depresyjna myśl, o jakich będziemy rozmawiać, począwszy od przyszłego tygodnia. Będziemy musiały ustalić, czy myśl ta jest w 100% prawdziwa, czy w 0%, czy może w jakimś pośrednim stopniu. Tymczasem, czy jakieś moje słowa lub działania dają pani powód do myślenia, że nie potrafię pomóc lub że tego rodzaju terapia nie może być skuteczna?

Ważne jest ustrukturyzowanie odpowiedzi pacjenta w celu zebrania potrzebnych danych. Pomocne może być udzielenie wskazówki:

TERAPEUTKA: Prosiłabym, aby w przypadku następnych kilku pytań odpowiedziała pani „tak", „nie" lub „nie wiem" (albo jednym czy dwoma zdaniami).

Kiedy pacjent zaczyna podawać niepotrzebne szczegóły lub zbacza z tematu, należy uprzejmie mu przerwać:

TERAPEUTKA: Przepraszam, że przerywam, ale chciałabym się dowiedzieć...

OSTATNIA CZĘŚĆ BADANIA DIAGNOSTYCZNEGO

Pod koniec badania diagnostycznego warto zapytać pacjenta, czy jest jeszcze coś ważnego, o czym powinniśmy wiedzieć. Kontrolne pytanie brzmi: „Czy jest coś, o czym wolałby/wolałaby mi pan/i teraz nie mówić? Nie musi mi pan/i mówić, co to jest. Ważne, abym wiedziała, czy jest coś więcej, co powinno zostać wypowiedziane, być może w jakimś momencie w przyszłości".

UDZIAŁ CZŁONKA RODZINY

Jeśli w drodze do gabinetu towarzyszył pacjentowi członek rodziny, terapeuta może teraz zapytać pacjenta, czy chciałby go zaprosić na sesję (o ile oczywiście nie uczestniczy on w niej od początku). Należy się upewnić, czy są jakieś informacje, których pacjent nie chciałby ujawniać członkowi rodziny. Terapeuta powinien się zwrócić do pacjenta o zgodę na:

- Zapytanie członka rodziny o to, co jego zdaniem jest najważniejszą rzeczą, o jakiej terapeuta powinien wiedzieć (jeśli skupia się on tylko na negatywnych aspektach, należy zapytać o pozytywne cechy pacjenta, jego mocne strony i strategie radzenia sobie).
- Przedstawienie swoich początkowych wrażeń.
- Określenie wstępnego planu terapii.

PRZEDSTAWIENIE SWOICH WRAŻEŃ

Należy wyjaśnić pacjentowi, że będziemy potrzebować czasu na przeanalizowanie naszych notatek, wypełnionych formularzy i innych dokumentów, żeby postawić diagnozę. W większości przypadków depresji i zaburzeń lękowych właściwe jest podzielenie się z pacjentem swoim początkowym wrażeniem i pokazanie mu, że potwierdzimy diagnozę za pomocą DSM – podręcznika diagnostycznego, w którym wymieniono zaburzenia psychiczne i ich objawy. Powiedzenie pacjentowi na pierwszym spotkaniu, że ma poważną chorobę psychiczną lub zaburzenie osobowości, może być pomocne lub nie. Zamiast tego bardziej rozważne może się okazać podsumowanie problemów i objawów, jakich doświadcza pacjent.

WYZNACZENIE WSTĘPNYCH CELÓW LECZENIA I PRZEDSTAWIENIE PLANU TERAPII

Wyznaczenie celów i przedstawienie planu terapii dodaje pacjentowi otuchy i podtrzymuje w nim nadzieję.

TERAPEUTKA: Jeśli nie ma pani nic przeciwko temu, chciałabym poświęcić kilka minut na rozmowę o pani celach w terapii i o tym, jak będzie ona przebiegać.

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: (*zapisuje słowo „Cele" w górnej części kartki papieru*). Cele są tak naprawdę odwrotną stroną problemów. Bardziej konkretne cele wyznaczymy na następnej sesji, ale czy bardzo ogólnie powinnyśmy powiedzieć: zmniejszenie depresji? Zredukowanie lęku? Lepsze radzenie sobie w szkole? Znowu bycie bardziej towarzyską osobą?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: (*Notuje te cele*) Teraz chciałabym pani powiedzieć, jak będzie przebiegać terapia, a potem chcę usłyszeć, czy pani to odpowiada.

PACJENTKA: W porządku.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Począwszy od następnego tygodnia, będziemy pracować nad pani celami. Na każdej sesji będę panią pytać, w jakich sprawach oczekiwałaby pani mojej pomocy. Na przykład w przyszłym tygodniu mogłaby pani powiedzieć: „Ciągle mam kłopoty z wywiązywaniem się z zadań na uczelni", co wiąże się z pani celem lepszego radzenia sobie w szkole. Wtedy zajmiemy się rozwiązywaniem problemu. Możemy znaleźć sposoby na poprawienie pani koncentracji, trzymanie się planu zajęć na studiach i uzyskanie w razie potrzeby pomocy ze strony innych ludzi. (*pauza*) Czy to pani odpowiada?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Będziemy także szukać depresyjnych myśli, które mogą nam przeszkadzać. Na przykład na początku tej sesji powiedziała pani, że jest do niczego i że tego rodzaju myśl wywołuje w pani uczucie przygnębienia. Czy widzi pani, że myśl ta może podkopywać pani motywację do studiowania? Może powodować, że czuje się pani strasznie? Że zamiast iść do biblioteki, przewraca się pani na łóżku?

PACJENTKA: Tak, tak właśnie jest.

TERAPEUTKA: A zatem postaramy się razem zbadać tego rodzaju myśli. Jakie są dowody na to, że jest pani do niczego? Jakie są dowody, że nie jest pani do niczego? Czy można na tę sytuację spojrzeć inaczej i na przykład stwierdzić, że ma pani depresję i potrzebuje trochę pomocy w rozwiązywaniu problemów, ale nie oznacza to, że jest pani do niczego?

PACJENTKA: Mhm.

TERAPEUTKA: A zatem pomożemy pani zmienić swoje myślenie depresyjne i lękowe na bardziej realistyczne oraz znajdziemy rozwiązania pani problemów, które będzie mogła pani wypróbować przez następny tydzień. Nabędzie pani także umiejętności, które będzie pani mogła wykorzystywać przez resztę życia, tak że będzie pani umiała nadal rozwiązywać swoje problemy i myśleć bardziej realistycznie oraz postępować w sposób, który przybliży panią do osiągnięcia pani celów. [wydobywa informacje zwrotne] Czy odpowiada to pani?

PACJENTKA: Tak, to ma sens.

TERAPEUTKA: Uważamy, że tak właśnie dokonuje się u ludzi poprawa – dzięki małym zmianom w ich codziennym myśleniu i zachowaniu. Czy w tym, co powiedziałam, było cokolwiek, co by pani nie odpowiadało?

PACJENTKA: [wyraża kolejną automatyczną myśl] Po prostu nie wiem, czy to się uda.

TERAPEUTKA: No cóż, nie mamy kryształowej kuli, więc nie mogę pani dać stuprocentowej gwarancji. Ale w tym, co pani powiedziała, nie ma nic, co kazałoby mi myśleć, że to się nie uda. (*pauza*) Jest pani skłonna spróbować? Czy chciałaby pani przyjść tu ponownie w następnym tygodniu?

PACJENTKA: Tak, chcę.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent wyraża obawy związane z planem terapii?

Odpowiedź: Przede wszystkim należy mu dostarczyć pozytywnego wzmocnienia za wyrażenie sceptycyzmu i obaw („To dobrze, że mi pan/i o tym powiedział/a"). Następnie terapeuta musi zebrać więcej danych za pomocą pytań: „Dlaczego pan/i myśli, że ta terapia się nie uda?" oraz „Co pana/i zdaniem byłoby bardziej pomocne?". Na podstawie odpowiedzi pacjenta terapeuta skonceptualizuje problem w kategoriach poznawczych i zaplanuje strategię. Na przykład, jeśli pacjent jest przekonany, że nasza terapia mu nie pomoże, ponieważ wcześniejsze terapie były nieskuteczne, możemy go zapytać, czy jego zdaniem zbudował on dobre przymierze terapeutyczne z poprzednimi terapeutami i czy jego terapeuci na każdej sesji:

- Ustalali program sesji.
- Zastanawiali się wspólnie z nim, co można zrobić, żeby poprawić jego samopoczucie w następnym tygodniu.
- Zapisywali stwierdzenia, które pacjent powinien sobie powtarzać, kiedy ma depresyjne myśli.
- Uczyli go, jak dokładnie badać swoje myśli i zmieniać swoje zachowanie.
- Prosili o informacje zwrotne, żeby mieć pewność, iż terapia przebiega we właściwy sposób.

Większość pacjentów nie miała do czynienia z tego rodzaju leczeniem, dlatego terapeuta może powiedzieć: „Miło mi to słyszeć, ponieważ oznacza to, że nasza terapia będzie inna. Gdyby była dokładnie taka sama, jak pana/i wcześniejsze doświadczenia, żywiłbym/żywiłabym mniejszą nadzieję co do jej skuteczności".

Scanned by CamScanner

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent odpowiada, że poprzedni terapeuta wykonywał wszystkie powyższe czynności na każdej sesji?

Odpowiedź: W tym przypadku terapeuta będzie musiał poświęcić więcej czasu na ustalenie, co się dokładnie wydarzyło, a zwłaszcza czy terapia była dopasowana do pacjenta i jego konkretnego zaburzenia (zaburzeń), opierając się na najnowszych badaniach i wytycznych dotyczących praktyki. Tak czy inaczej terapeuta może zachęcić pacjenta, aby wypróbował terapię z nim przez kilka sesji, po czym wspólnie przeanalizują, czy wydaje się ona skuteczna.

OCZEKIWANIA WOBEC TERAPII

Podczas pierwszej wizyty warto uświadomić pacjentowi, ile czasu zajmie jego terapia. Zazwyczaj najlepiej jest podać przedział czasu – od dwóch do czterech miesięcy w przypadku wielu pacjentów z niepowikłaną dużą depresją. Czasami terapię można (albo trzeba z powodu ograniczeń finansowych lub ubezpieczeniowych) zakończyć wcześniej. Inni pacjenci, zwłaszcza ci z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi lub ci, którzy chcą pracować nad problemami związanymi z zaburzeniem osobowości, mogą pozostać w terapii rok lub dłużej. Z kolei pacjenci z cięższą chorobą psychiczną mogą wymagać bardziej intensywnego leczenia w czasie większego nasilenia objawów oraz okresowych sesji podtrzymujących przez długi czas (wraz z leczeniem farmakologicznym).

Większość pacjentów robi zadowalające postępy, przychodząc do gabinetu co tydzień. Na częstsze spotkania można umawiać osoby z ciężką depresją lub zaburzeniami lękowymi, ze skłonnościami samobójczymi lub wyraźnie potrzebujące więcej wsparcia. Pod koniec terapii można planować rzadsze spotkania. Pacjent ma wówczas okazję do samodzielnego rozwiązywania problemów, podejmowania decyzji i wykorzystania technik poznanych w trakcie terapii.

W poniższym zapisie rozmowy daję Sally wyobrażenie o tym, jak według moich oczekiwań będzie przebiegać jej terapia.

TERAPEUTKA: Jeśli nie ma pani nic przeciwko temu, będziemy się umawiać co tydzień tak długo, aż pani samopoczucie znacznie się poprawi. Wówczas zaczniemy się spotykać co dwa tygodnie, a później może co trzy lub cztery. Zdecydujemy o tym wspólnie. Gdy postanowimy zakończyć terapię, jeszcze przez jakiś czas będę panią prosiła o przychodzenie do gabinetu co parę miesięcy na sesję „podtrzymującą". Odpowiada pani taki plan?

PACJENTKA: Całkowicie.

TERAPEUTKA: Trudno przewidzieć, ile czasu zajmie pani terapia. Moim zdaniem od jakichś ośmiu do czternastu sesji. Jeśli okaże się, że pewne problemy się utrzymują i chce pani nad nimi popracować dalej, być może potrwa dłużej. Tę decyzję też podejmiemy *wspólnie*. W porządku?

Pomiędzy sesją diagnostyczną a pierwszą sesją terapeutyczną

Przed pierwszą sesją terapeutyczną terapeuta napisze raport z badania diagnostycznego i sporządzi wstępny plan terapii. Jeśli uzyskał zgodę pacjenta, skontaktuje się z jego wcześniejszymi lekarzami i terapeutami, zwracając się do nich z prośbą o dokumentację dotyczącą leczenia i o dodatkowe dane na temat pacjenta. Skontaktuje się także z odpowiednimi specjalistami w celu omówienia swoich ustaleń i skoordynowania opieki nad pacjentem. W rozmowie telefonicznej można uzyskać ważne informacje, które nie zostały utrwalone na piśmie. Terapeuta zacznie także formułować wstępną konceptualizację poznawczą.

SFORMUŁOWANIE WSTĘPNEJ KONCEPTUALIZACJI POZNAWCZEJ I PLANU TERAPII

Terapeuta dokona syntezy informacji zebranych w trakcie badania diagnostycznego w celu sformułowania wstępnej konceptualizacji poznawczej, opartej na opracowaniu poznawczym (podstawowych przekonaniach i wzorcach zachowania) powiązanym z diagnozą pacjenta. Sformułuje hipotezy dotyczące rozwoju zaburzenia pacjenta.

„Czy jakieś ważne wydarzenia życiowe doprowadziły do rozwoju negatywnych przekonań kluczowych?"
„Jakie są kluczowe przekonania pacjenta?"
„Jakie czynniki wyzwoliły to zaburzenie?"
„Czy pacjent w niekorzystny sposób zinterpretował pewne zdarzenia wyzwalające?"
„W jaki sposób myśli i zachowanie pacjenta przyczyniają się do podtrzymania zaburzenia?"

Następnie terapeuta wykorzysta konceptualizację do opracowania ogólnego planu terapii.

Na podstawie informacji, jakie uzyskałam w trakcie badania, sformułowałam hipotezę, że Sally ma tendencję do postrzegania siebie

Scanned by CamScanner

jako osoby niekompetentnej (przekonanie, które nabyła w następstwie interakcji z rodzicami, rodzeństwem i z niektórymi nauczycielami). Kiedy rozpoczęła studia, zaczęła uważać, że nie sprosta wymaganiom związanym z nauką w nowej szkole i samodzielnym życiem. Zaczęło się u niej rozwijać uogólnione poczucie niekompetencji, czyli zostało uruchomione kluczowe przekonanie o własnej niekompetencji. W różnych sytuacjach zaczęły jej przychodzić do głowy różne automatyczne myśli dotyczące prawdopodobieństwa porażki. Myśli te wywoływały u niej smutek, lęk i poczucie beznadziejności. Miało to także wpływ na jej zachowanie. Zaczęła się poddawać, spędzając dużo czasu samotnie w swoim pokoju. Brakowało jej wytrwałości w odrabianiu prac domowych, które postrzegała jako trudne, i zaczęła mieć zaległości w nauce. Swoje trudności traktowała jako wrodzoną wadę, a nie następstwo depresji. Niedostatek przyjemności i zajęć dających jej poczucie sukcesu potęgował jej przygnębienie (zob. dodatek A).

Rozumiejąc, na czym polega poznawczy model depresji, i dobrze znając główne strategie terapeutyczne stosowane wobec pacjentów z tym zaburzeniem, opracowałam bardziej szczegółowy plan terapii niż ten, który przedstawiłam Sally. Założyłam, że początkowo będę musiała się skupić na udzieleniu jej pomocy w rozwiązaniu problemów w szkole i codziennym życiu, zachęcaniu jej do większej aktywności oraz nauczeniu jej, jak rozpoznawać, oceniać i modyfikować swoje nieadekwatne lub niekonstruktywne negatywne myślenie, zwłaszcza myśli związane z porażką i niekompetencją (ponieważ wyraziła takie myśli). Założyłam, że będziemy pracować bardziej bezpośrednio nad jej kluczowym przekonaniem o niekompetencji mniej więcej w połowie terapii, ale nie wiedziałam jeszcze, czy konieczne będzie skupienie uwagi na jej wcześniejszych doświadczeniach, które poprzedzały jej przekonania. W tym momencie nie wiedziałam także, czy Sally ma dysfunkcjonalne przekonania o niezasługiwaniu na miłość lub o własnej bezwartościowości (zob. rozdział 14), które będziemy musiały zmodyfikować. Podczas sesji diagnostycznej nie dostarczyła ona danych, które potwierdzałyby istnienie takich przekonań. Zaplanowałam, że w ostatniej części terapii położę nacisk na zapobieganie nawrotom. Ten podstawowy plan leczenia poprawiałam i uzupełniałam w ciągu całej terapii, w miarę jak coraz lepiej poznawałam Sally i charakter jej trudności.

ROZDZIAŁ 5

PORZĄDEK PIERWSZEJ SESJI

W niniejszym rozdziale terapeuta znajdzie wskazówki, jak ustrukturyzować pierwszą sesję terapeutyczną, w tym jak:

- Omówić diagnozę pacjenta.
- Sprawdzić jego nastrój.
- Wyznaczyć cele.
- Rozpocząć pracę nad problemem.
- Wyznaczyć pracę osobistą (zadania).
- Uzyskać od pacjenta informacje zwrotne.

Większość pacjentów czuje się pewniej, kiedy usłyszy od terapeuty, w jaki sposób i dlaczego chciałby on ustrukturyzować sesję. Dzięki temu proces terapii zostaje pozbawiony niepotrzebnej aury tajemniczości i łatwiej jest utrzymać właściwy kierunek terapii. Tematem rozdziału 6 jest zasadniczy element w terapii pacjentów z depresją: zainicjowanie aktywizacji behawioralnej. W rozdziale 7 opisano typowy porządek kolejnych sesji, a w rozdziale 8 omówiono problemy związane ze strukturyzacją sesji.

CELE I PORZĄDEK WSTĘPNEJ SESJI

Przed pierwszą sesją terapeutyczną terapeuta przeanalizuje diagnozę pacjenta sformułowaną przy przyjęciu, a podczas sesji będzie pamiętał o swojej wstępnej konceptualizacji i planie terapii. Musi być przygotowany na zmianę kierunku, jeśli zajdzie taka potrzeba. Większość standardowych sesji terapii poznawczo-behawioralnej trwa około

Scanned by CamScanner

45–50 minut, ale pierwsza często zajmuje godzinę. Cele terapeuty podczas pierwszej sesji są następujące:

- Nawiązanie z pacjentem relacji opartej na zaufaniu, normalizacja jego trudności oraz zaszczepienie w nim nadziei.
- Zaznajomienie pacjenta z terapią poprzez udzielenie mu informacji na temat jego zaburzenia (zaburzeń), modelu poznawczego oraz procesu terapii.
- Zebranie dodatkowych informacji potrzebnych do konceptualizacji funkcjonowania pacjenta.
- Opracowanie listy celów.
- Rozpoczęcie rozwiązywania problemu ważnego dla pacjenta (i/lub skłonienie go do aktywizacji behawioralnej).

Osiągnięcie tych celów ułatwi terapeucie następujący porządek pierwszej sesji:

Wstępna część sesji 1

1. Ustalenie programu sesji (i sformułowanie jego uzasadnienia).
2. Sprawdzenie nastroju pacjenta.
3. Uaktualnienie danych (od czasu sesji diagnostycznej).
4. Omówienie diagnozy pacjenta i przeprowadzenie psychoedukacji.

Środkowa część sesji 1

5. Rozpoznanie problemów i wyznaczenie celów.
6. Zapoznanie pacjenta z modelem poznawczym.
7. Omówienie problemu.

Zakończenie sesji 1

8. Podsumowanie sesji przez terapeutę lub pacjenta.
9. Przegląd pracy osobistej.
10. Uzyskanie informacji zwrotnych.

USTALANIE PROGRAMU

Ponieważ jest to pierwsza sesja terapeutyczna, terapeuta rozpocznie ją od przywitania się z pacjentem i ustalenia programu. Często prowadzi to do redukcji lęku u pacjenta, gdyż szybko się on dowiaduje, czego ma się spodziewać. Terapeuta przedstawi pacjentowi uzasadnienie i upewni się, że pacjent zgadza się z zaproponowanymi tematami. (Na przyszłych sesjach terapeuta będzie ustalał program w jakimś momencie wstępnej części sesji, ale niekoniecznie na samym początku).

TERAPEUTKA: Cieszę się, że pani dzisiaj przyszła. Czy zgodziłaby się pani, żebyśmy na samym początku zdecydowały, o czym będziemy dzisiaj rozmawiać? Nazywamy to „ustalaniem programu". Będziemy tak robić na początku każdej sesji. [podaje uzasadnienie] Dzięki temu zaplanujemy odpowiednią ilość czasu na najważniejsze dla pani kwestie. Najpierw ja przedstawię listę rzeczy, którymi moim zdaniem powinnyśmy się zająć, a potem [zachęca do współpracy] poproszę panią o dodanie własnych punktów programu. Czy możemy tak zrobić?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Nasza pierwsza sesja będzie nieco inna od pozostałych, ponieważ mamy wiele spraw do omówienia i musimy lepiej się poznać. Oto czym chciałabym się dzisiaj zająć. Najpierw, za kilka minut, [sygnalizuje Sally, że nie chce zagłębiać się w dany temat przed ustaleniem całego programu] chciałabym sprawdzić pani nastrój w ostatnim czasie, ustalić, co się zdarzyło od czasu badania diagnostycznego i porozmawiać trochę o pani diagnozie. (*pauza*). Potem chciałabym wyznaczyć bardziej konkretne cele. Czy odpowiada to pani?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Możemy się też zastanowić nad pewnymi rzeczami, które mogłaby pani zrobić przed naszym następnym spotkaniem [aktywizacja behawioralna], w szczególności mam na myśli dokonanie pewnych zmian w pani rozkładzie zajęć. Pod koniec zapytam panią, co pani myśli na temat sesji. [wydobywa informacje zwrotne] Czy odpowiada to pani?

PACJENTKA: Całkowicie.

TERAPEUTKA: Czy chciałaby pani coś dodać do programu dzisiejszego spotkania?

PACJENTKA: No cóż, wiem, że powinnam robić więcej rzeczy, ale czuję się taka zmęczona. Po prostu jest mi trudno skupić się na pracy i wychodzić gdzieś z przyjaciółmi. Kończy się to tym, że dużo śpię lub oglądam telewizję i...

TERAPEUTKA: (*uprzejmie przerywając*) Czy mogę pani na chwilę przerwać? Co pani powie na to, że umieszczę owo „robienie więcej rzeczy" w naszym programie i spróbujemy się za to dzisiaj zabrać?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: (*zapisując ten punkt programu*) Jak pani widzi, na ogół dużo notuję podczas naszej sesji. [podaje uzasadnienie] Chcę mieć pewność, że zapamiętam to, co jest ważne... Dobrze, czy coś innego, jeszcze ważniejszego, chciałby pani dodać do programu dzisiejszego spotkania?

PACJENTKA: Nie, chyba nie.

TERAPEUTKA: Jeśli w czasie sesji przyjdą pani do głowy inne ważne rzeczy, po prostu proszę dać mi znać.

W idealnym przypadku program spotkania zostaje ustalony szybko i konkretnie. Przedstawienie powodów, dla których terapeuta chce ustalić program sesji, pomaga pacjentce w lepszym zrozumieniu przebiegu terapii i sprzyja jej aktywnemu uczestnictwu w ustrukturyzowany, produktywny sposób.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent wyraża zdecydowaną wolę spędzenia czasu przeznaczonego na terapię w inny sposób?

Odpowiedź: Sporadycznie, *choć nieczęsto*, pacjenci nie chcą zaakceptować programu, jaki proponuje terapeuta. Może tak się zdarzyć z kilku powodów. Terapeuta mógł przedstawić program w sposób nazbyt apodyktyczny, nie zachęcając pacjenta do współpracy. Pacjent może myśleć o pewnych pilnych sprawach, w których rozpaczliwie potrzebuje natychmiastowej pomocy w czasie sesji. Wreszcie pacjent może mieć ochotę na swobodną rozmowę o wszystkim, co przychodzi mu do głowy, bez jakiegokolwiek porządku czy przerywania.

Co terapeuta powinien wtedy zrobić? Przede wszystkim musi zmotywować pacjenta tak, aby wrócił na następną sesję terapii. Jeśli terapeuta stwierdzi, że próba przekonania pacjenta do przedstawionego programu będzie zagrożeniem dla jego zaangażowania, zwłaszcza na pierwszej sesji, może zaproponować podzielenie czasu terapii. Jeśli pacjent się sprzeciwi, terapeuta może poświęcić sesję na robienie tego, co pacjent sobie życzy. Na następnej sesji terapeuta ustali, czy w znaczącym stopniu pomogło to w złagodzeniu cierpienia pacjenta w ciągu tygodnia. Jeśli nie, może będzie on bardziej zmotywowany, żeby przynajmniej część sesji przeznaczyć na omówienie tego, co zdaniem terapeuty jest ważne dla poprawy jego samopoczucia.

SPRAWDZENIE NASTROJU

Po ustaleniu programu pierwszej sesji terapeuta dokonuje następnie krótkiego sprawdzenia nastroju pacjenta. Oprócz tego, że proszę Sally o krótki narracyjny opis jej nastroju od chwili, kiedy po raz ostatni się widziałyśmy, szybko analizuję samoopisowe kwestionariusze, które wypełniła zaraz przed sesją (informacje na temat Skali Depresji Becka, Skali Lęku Becka i Skali Beznadziejności Becka znajdują się w dodatku B). Ponieważ na początku potrzebuję tylko krótkiej informacji na temat jej nastroju, udzielam jej wskazówki, aby udzieliła mi odpowiedzi tylko w kilku słowach.

TERAPEUTKA: Dobrze, przejdźmy do następnego punktu. Czy może mi pani opowiedzieć, jak się pani czuła w tym tygodniu? Chciałabym spojrzeć na formularze, które pani wypełniła. Czy teraz, kiedy je tak przeglądam [udziela wskazówki], może mi pani powiedzieć jednym lub dwoma zdaniami, jakie było pani samopoczucie przez większość tygodnia?

PACJENTKA: Przez cały czas byłam w prawdziwej depresji.

TERAPEUTKA: (*przeglądając formularze*) Wydaje się, że odczuwa pani także dosyć silny lęk, prawda?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: [zachęca do współpracy] Jeśli nie ma pani nic przeciwko temu, chciałabym, żeby przychodziła pani na sesje parę minut wcześniej i wypełniała te trzy formularze w poczekalni. [podaje uzasadnienie] Dzięki nim szybko sprawdzę pani nastrój w minionym tygodniu, chociaż zawsze będę panią także prosiła o opisanie swojego samopoczucia własnymi słowami.

PACJENTKA: W porządku.

Na pierwszej sesji, tak jak na każdej innej, odnotowuję zsumowane wyniki obiektywnych testów, porównując je z wynikami z badania diagnostycznego. Szybko przeglądam także poszczególne pozycje, aby określić, czy testy nie wskazują na coś szczególnie ważnego. Zwracam uwagę zwłaszcza na pozycje związane z poczuciem beznadziejności i skłonnościami samobójczymi w Skali Depresji Becka – II. Jeśli pacjentka uzyska wyższy wynik w tych pozycjach, przeprowadzę ocenę ryzyka (Wenzel i in., 2008) w celu ustalenia, czy następną część sesji musimy poświęcić na opracowanie planu zapewnienia pacjentce bezpieczeństwa.

Scanned by CamScanner

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent nie może lub nie chce wypełnić testów?

Odpowiedź: Jeśli terapeuta nie dysponuje samoopisowymi kwestionariuszami, jeśli są one nieodpowiednie dla pacjenta (np. pacjent nie zna w wystarczającym stopniu języka) lub jeśli wyraża on niechęć do ich wypełnienia, terapeuta może go nauczyć na pierwszym lub następnym spotkaniu, jak oceniać swój nastrój w skali od 0 do 100: „Proszę sięgnąć myślami do przeszłego tygodnia. Jeśli 0 oznacza zupełny brak depresji, a 100 – najgłębszą depresję, jaką pan/i kiedykolwiek odczuwał/a, to na ile oceni pan/i nasilenie swojej depresji przez większość tygodnia? Terapeuta może też zapytać pacjenta: „Czy może mi pan/i opowiedzieć o swojej depresji w tym tygodniu? Czy określiłby/określiłaby ją pan/i jako łagodną, umiarkowaną czy ciężką? W jakim był/a pana/i nastroju w porównaniu z innymi tygodniami?". Inne problemy związane ze sprawdzaniem nastroju zostaną omówione w rozdziale 8.

UAKTUALNIENIE DANYCH

W następnej części spotkania terapeuta zapyta pacjenta, czy są jakieś inne ważne problemy lub sprawy, o których on nie wspomniał, a które mogłyby mieć pierwszeństwo w czasie sesji. Następnie terapeuta wysonduje, czy w ciągu tygodnia pacjent miał jakieś pozytywne doświadczenia.

TERAPEUTKA: Przejdźmy do następnego punktu. Czy pomiędzy badaniem diagnostycznym a chwilą obecną zdarzyło się coś, o czym powinnam wiedzieć?

PACJENTKA: (*myśli*) No cóż, moi rodzice naciskali na mnie, abym się zdecydowała, co zamierzam robić w czasie tych wakacji.

TERAPEUTKA: [zbiera dane na temat problemu w celu ustalenia, czy jest on bezpośrednio ważny i ma wysoki priorytet] Czy naprawdę było to dla pani dokuczliwe?

PACJENTKA: (*wzdycha*) Nie tak bardzo. To tylko jeszcze jedna rzecz.

TERAPEUTKA: Czy oczekuje pani ode mnie pomocy w tej sprawie?

PACJENTKA: Tak, chyba tak.

TERAPEUTKA: Nie mamy dzisiaj dużo czasu. Czy mogłybyśmy odłożyć rozmowę o tym do następnego razu?

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Zapiszę to na końcu moich notatek i zapytam panią za tydzień, jak bardzo jest to dla pani ważne.

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Czy w tym tygodniu zdarzyło się coś jeszcze, co było naprawdę ważne?

PACJENTKA: Nie, chyba nie. Było bardzo podobnie jak w poprzednim tygodniu.

Pytania te pozwalają mi ustalić, że nie ma żadnego ważnego problemu, który musiałby mieć pierwszeństwo przed tym, co już zostało umieszczone w programie. Mogę zatem przejść dalej.

Jak rozstrzygnąć, które problemy są pilne, a które nie? Terapeuta powinien ustalić, jak bardzo dokuczliwy jest dany problem dla pacjenta i czy pacjent naprawdę musi go rozwiązać natychmiast (np. nierozwiązanie go mogłoby narazić pacjenta lub inną osobę na niebezpieczeństwo lub stanowić zagrożenie dla jego bytu lub sytuacji życiowej). Omówienie większości problemów, zwłaszcza długotrwałych (takich jak trudności z funkcjonowaniem w domu lub konflikty z członkami rodziny), można z reguły odłożyć na przyszłą sesję, dzięki czemu terapeuta może się zająć na tej pierwszej sesji koniecznymi sprawami.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pojawił się pilny punkt programu?

Odpowiedź: Jest kilka sytuacji, w których terapeuta może odejść od zwykłego porządku pierwszej sesji.

1. Jeśli pacjent jest narażony na niebezpieczeństwo lub stanowi zagrożenie dla innych.
2. Jeśli problem jest dla pacjenta tak dokuczliwy, że nie może on się skupić na tematach, którymi terapeuta chce się zająć.
3. Jeśli terapeuta stwierdzi, że nieomówienie problemu tak zmartwi pacjenta, że relacja terapeutyczna może zostać narażona na szwank lub że pacjent przypuszczalnie nie przyjdzie na następną sesję.

Kiedy terapeuta pyta o nowe doświadczenia w początkowej fazie terapii, pacjent niezmiennie opisuje tylko zdarzenia negatywne. Należy wtedy zapytać: „Jakie pozytywne rzeczy zdarzyły się w tym tygodniu?" lub „Kiedy w ciągu ostatniego tygodnia miał/a pan/i chociaż trochę lepsze samopoczucie?". Pytania te pomagają pacjentowi wyraźniej dostrzec rzeczywistość, gdyż z powodu depresji niewątpliwie skupia się on niemal wyłącznie na tym, co negatywne.

Scanned by CamScanner

OMÓWIENIE DIAGNOZY

W następnej części sesji terapeuta pokrótce omówi problemy pacjenta i poprosi go o informacje na temat nowych doświadczeń.

TERAPEUTKA: Chciałabym omówić z panią to, co ustaliłam w zeszłym tygodniu na sesji diagnostycznej. Czy możemy przez chwilę porozmawiać o pani diagnozie?

Większość pacjentów woli znać ogólną diagnozę swojego stanu. Chcą oni usłyszeć, że terapeuta nie uważa ich za osoby dziwne czy nienormalne. Zazwyczaj lepiej jest unikać etykiety zaburzenia osobowości. Zamiast tego można powiedzieć coś ogólnikowo, unikając żargonu: „Wydaje się, że od roku jest pani w dość poważnej depresji i od dawna ma pani pewne problemy związane z relacjami i pracą". Warto udzielić pacjentowi podstawowych informacji na temat jego zaburzenia. Dzięki temu będzie mógł przypisać niektóre problemy temu zaburzeniu, a nie własnemu charakterowi („Coś jest ze mną nie tak. Po prostu jestem do niczego"). Poniższy fragment rozmowy pokazuje, jak rozmawiać z pacjentami z depresją.

TERAPEUTKA: Wstępne badanie pokazuje, że ma pani umiarkowaną depresję. Chciałabym, żeby pani wiedziała, że to prawdziwa choroba. To nie jest zwykłe obniżenie nastroju – jak wówczas, kiedy np. ktoś mówi: „Ojej, znowu mam chandrę!" – ale prawdziwa choroba.

PACJENTKA: (*wzdycha*)

TERAPEUTKA: Wiem o tym, gdyż ma pani objawy opisane w tym podręczniku diagnostycznym (*pokazuje Sally podręcznik DSM*). W podręczniku tym wymieniono objawy każdego zaburzenia psychicznego, tak jak w podręczniku do diagnozy neurologicznej wymieniono by objawy migreny.

PACJENTKA: O, nie wiedziałam o tym.

TERAPEUTKA: [wzbudza nadzieję] Na szczęście terapia poznawczo-behawioralna bardzo skutecznie pomaga ludziom w przezwyciężeniu depresji.

PACJENTKA: Bałam się, że pomyśli pani, że jestem wariatką.

TERAPEUTKA: Bynajmniej. [dokonuje normalizacji] Pani zaburzenie jest dość powszechne i wydaje się, że ma pani takie same problemy, z jakimi się zmaga większość pacjentów, których tutaj przyjmujemy. Ale pani sposób myślenia jest dość typowy dla osób z depresją. Co pani czuje teraz, kiedy przekonała się pani, że nie myślę o pani jak o wariatce?

PACJENTKA: (*wzdycha*) Ulgę.

TERAPEUTKA: To właśnie będziemy zwykle robić podczas terapii – rozpoznawać pani depresyjne myśli i pomagać w przyjęciu bardziej realistycznego nastawienia.

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: [przewiduje, że Sally może się obwiniać za nierealistyczne myślenie] To nie jest pani wina, że myśli pani w ten sposób. Jest to jeden z głównych objawów depresji. Każda osoba cierpiąca na depresję postrzega siebie, świat i przyszłość [„poznawcza triada" depresji] przez okulary pomalowane czarną farbą. (*za pomocą ruchów rąk pokazuję malowanie wyobrażonych okularów na moim nosie*) To one sprawiają, że *wszystko* wydaje się ciemne i beznadziejne. Terapia będzie częściowo polegała na zdrapaniu tej czarnej farby (*wykonując odpowiednie ruchy rąk*), tak aby mogła pani widzieć świat w sposób bardziej realistyczny... Czy jest to dla pani zrozumiałe? [użycie analogii często pomaga pacjentowi zobaczyć swoją sytuację w innym świetle].

PACJENTKA: Tak. Rozumiem.

TERAPEUTKA: Dobrze. Przejdźmy do innych objawów depresji, jakie u pani występują. Z badania diagnostycznego wynika, że depresja ma negatywny wpływ na pani sen i poziom energii. Wydaje się także, że obniża pani motywację. [dokonuje normalizacji] Większość pacjentów z depresją zaczyna krytykować się za to, że są inni niż dawniej. [wydobywa konkretne zdarzenia] Czy w ostatnim czasie krytykowała pani siebie?

PACJENTKA: (*wzdycha*) Tak. Ostatnio późno wstaję i nie robię tego, co mam zrobić, więc myślę, że jestem leniwa i do niczego.

TERAPEUTKA: Gdyby dostała pani zapalenia płuc i miała trudności z wstaniem z łóżka i robieniem tego, co ma pani zrobić, czy wówczas też uważałaby się pani za osobę leniwą i do niczego?

PACJENTKA: Nie, chyba nie.

TERAPEUTKA: Czy pomogłoby pani w tym tygodniu, gdyby podważyła pani myśl: „Jestem leniwa i do niczego"?

PACJENTKA: Prawdopodobnie tak.

TERAPEUTKA: Co mogłaby pani sobie powiedzieć? [poproszenie pacjentki o odpowiedź skłania ją do aktywnego uczestnictwa i daje większe poczucie autonomii niż podsuwanie pomysłów].

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: Chyba to, że rzeczywiście *jestem* w depresji i trudniej mi robić różne rzeczy.

TERAPEUTKA: Dobrze. Trzeba o tym pamiętać w następnym tygodniu, to naprawdę ważne. Chce pani, abym to zapisała? Albo może sama pani to zrobi?

PACJENTKA: Może pani.

TERAPEUTKA: (*wyrywając kartkę papieru samokopiującego [zob. rycina 5.1]*). W porządku, na górze tej kartki zapiszę datę. Jak teraz to zatytułujemy – „moja praca osobista", „mój plan działania"?

PACJENTKA: Może „praca osobista".

TERAPEUTKA: Dobrze. (*pisze na górze „Praca osobista"*). Pierwszy punkt to przeczytanie tego, o czym właśnie rozmawiałyśmy. Zapiszę to: „Jeśli zacznę myśleć, że jestem leniwa i do niczego, powiem sobie, że cierpię na prawdziwą chorobę określaną jako depresja, która sprawia, że trudniej mi robić różne rzeczy" (*robi pauzę, przewidując, że to zdanie może prowadzić do poczucia beznadziejności*). Czy mogę zapisać inne przypomnienie? „Gdy terapia zacznie działać, mój nastrój się poprawi i wszystko stanie się łatwiejsze".

22 stycznia

Praca osobista:

Przeczytaj tę listę dwa razy w ciągu dnia. Nastaw budzik, aby o tym nie zapomnieć.

1. Jeśli zacznę myśleć, że jestem leniwa i do niczego, powiem sobie, że cierpię na prawdziwą chorobę określaną jako depresja, która sprawia, że trudniej mi robić różne rzeczy. Gdy terapia zacznie działać, mój nastrój się poprawi i wszystko stanie się łatwiejsze.
2. Przeczytam listę celów i dodam do niej inne, jeśli jakieś przyjdą mi do głowy.
3. Jeśli zauważę, że mój nastrój się pogarsza, zadam sobie pytanie: „Jakie myśli przyszły mi właśnie do głowy?", i zapiszę te myśli. Powiem sobie, że sam fakt, iż o czymś myślę, nie musi oznaczać, że jest to prawda.
4. Zaplanuję jakieś wspólne wyjście z Allison i Joem. Jeśli odmówią, będzie to oznaczało, że przypuszczalnie chcieliby ze mną wyjść, ale są zbyt zajęci.
5. Przeczytam broszurę *Coping with Depression* (nieobowiązkowe).

Rycina 5.1. Lista zadań składających się na pracę osobistą Sally, sporządzona na pierwszej sesji terapeutycznej

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent zakwestionuje tę analogię?

Odpowiedź: Niektórzy pacjenci mówią: „Tak, ale zapalenie płuc to choroba biologiczna". Dobra odpowiedź powinna uwzględniać konkretne objawy depresyjne, których doświadcza pacjent: „Depresja także ma charakter *biologiczny*; jest to prawdziwa choroba z prawdziwymi objawami. Oczywiście samo uczucie smutku czy obniżony nastrój nie są chorobą. Ale to nie jest to, czego pan/i doświadcza. U pani występuje smutek, obniżony nastrój i poczucie beznadziejności, jest pani samokrytyczna, prawie nic już pani nie interesuje, wycofuje się pani z różnych zajęć, a to oddziałuje na pani sen i poziom energii. Dlatego właśnie wiem, że cierpi pani na prawdziwą chorobę, tak samo prawdziwą jak zapalenie płuc.

Wielu pacjentów odnosi korzyść z jeszcze innego zadania: przeczytanie konkretnego rozdziału podręcznika do terapii poznawczo-behawioralnej dla pacjentów, poświęconego depresji (www.academyofct.org), lub broszury *Coping with Depression* (www.beckinstitute.org) pozwoli utrwalić ważne informacje z pierwszej sesji. Poprośmy pacjentów, aby zanotowali sobie – w pamięci lub na piśmie – z czym się zgadzają, z czym nie, a o czym chcieliby się dowiedzieć więcej.

ROZPOZNANIE PROBLEMU I WYZNACZENIE CELÓW

Następnie terapeuta skupi się na rozpoznaniu konkretnych problemów. Drogą logicznego rozumowania pomoże pacjentowi w przekształceniu tych problemów w cele, nad którymi będą razem pracować podczas terapii.

TERAPEUTKA: Przyjrzyjmy się teraz pani problemom.

PACJENTKA: (*wzdycha*) O, nie wiem... Wszystko się pomieszało. Beznadziejnie mi idzie na zajęciach. Mam straszne zaległości. Przez cały czas jestem zmęczona i przygnębiona. Czasem wolałabym się poddać i rzucić to wszystko.

TERAPEUTKA: (*chcąc się upewnić, czy Sally nie ma aktywnych myśli samobójczych*) Czy miewa pani jakiekolwiek myśli o wyrządzeniu sobie krzywdy?

PACJENTKA: Nie, raczej nie. Chciałabym po prostu, żeby moje problemy przestały istnieć.

TERAPEUTKA: (*z empatią*) Wygląda na to, że czuje się pani nimi przytłoczona?

PACJENTKA: Tak... Nie wiem, co robić.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: [pomaga Sally w skupieniu się na problemach i rozbiciu ich na mniejsze elementy, z którymi łatwiej jej będzie sobie poradzić] W porządku, wydaje się, że w tej chwili ma pani dwa istotne problemy. Po pierwsze, nie idzie pani dobrze na studiach. Po drugie, czuje się pani zmęczona i przybita. Czy są jeszcze jakieś inne?

PACJENTKA: No cóż, tak jak powiedziałam pani w zeszłym tygodniu, wiem, że za często siedzę sama w moim pokoju. Powinnam więcej czasu spędzać z przyjaciółmi.

TERAPEUTKA: [skłania Sally do bardziej aktywnego zaangażowania się w proces wyznaczania celów] Dobrze, przekształćmy te problemy w cele. Chciałaby je pani zapisać, czy ja powinnam to zrobić?

PACJENTKA: Może pani to zrobi.

TERAPEUTKA: W porządku (*zapisuje je po kolei*). Pierwszą rzeczą, o jakiej pani wspomniała, było poprawienie wyników w nauce. Następnie powiedziała pani o zmniejszeniu swoich obaw związanych z egzaminami i ocenami oraz o częstszym spędzaniu czasu z ludźmi. Dobrze. Jakie ma pani inne cele? Jak chciałaby się pani zmienić? Albo jak chciałaby pani zmienić życie w następstwie terapii?

PACJENTKA: (*zastanawiając się*) Chciałabym być szczęśliwsza.

TERAPEUTKA: [udziela pacjentce wzmocnienia] To dobry cel.

Ten cel jest jednak zbyt ogólny. Trudno ustalić, jak pomóc pacjentowi w byciu szczęśliwszym, proszę więc Sally, aby w kategoriach behawioralnych określiła, co jej zdaniem oznacza „bycie szczęśliwą".

TERAPEUTKA: A gdyby była pani szczęśliwsza i nie miała depresji, to co by pani robiła?

PACJENTKA: Chyba bardziej udzielałabym się w szkole, tak jak w zeszłym roku... Robiłabym przyjemne rzeczy i nie czułabym się tak przygnębiona cały czas.

TERAPEUTKA: Dobrze, dodam te cele do listy: zapisać się na dodatkowe zajęcia na uczelni i zwiększyć ilość przyjemnych zajęć.

Lista celów – 1 lutego

1. Poprawić wyniki w nauce.
2. Zmniejszyć obawy związane z egzaminami i ocenami.

3. Częściej spotykać się z ludźmi.
4. Zapisać się na dodatkowe zajęcia na uczelni.
5. Robić więcej przyjemnych rzeczy

TERAPEUTKA: W domu proszę przeczytać tę listę i zastanowić się, czy chciałaby pani do niej dodać jeszcze jakieś inne cele. Zgoda?

PACJENTKA: Zgoda.

TERAPEUTKA: (*dodaje to zadanie do pracy osobistej*) Dobrze, zanim przejdziemy dalej, czy mogę szybko podsumować, co do tej pory zrobiłyśmy? Ustaliłyśmy program sesji, porozmawiałyśmy o pani diagnozie i rozpoczęłyśmy pracę nad listą celów.

W tej części sesji upewniam się, że lista celów została utrwalona na piśmie. Pomagam też Sally w uszczegółowieniu ogólnego celu („Chciałabym być szczęśliwsza") w kategoriach behawioralnych. Nie chcąc dopuścić do tego, aby omawianie celów zdominowało sesję, proszę Sally o uzupełnienie listy w domu. Na koniec podsumowuję to, co do tej pory omówiłyśmy. Dzięki temu proces terapii staje się bardziej zrozumiały i łatwiej jest utrzymać właściwy kierunek terapii.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent wyznaczy cel dla kogoś innego?

Odpowiedź: Zdarza się, że pacjenci formułują cel, nad którym nie mają bezpośredniej kontroli: „Chciałabym, żeby mój partner był dla mnie milszy"; „Chciałbym, żeby mój szef przestał wywierać na mnie tak dużą presję"; „Chciałabym, żeby moje dzieci bardziej mnie słuchały". W tym wypadku należy pomóc pacjentowi tak przeformułować cel, żeby było to coś, nad czym może on zapanować:

TERAPEUTKA: Nie chcę pani obiecywać, że możemy bezpośrednio spowodować, że Joe będzie dla pani milszy. Co pani myśli o przeformułowaniu tego w taki sposób: „Nauczyć się nowych sposobów rozmawiania z Joem". Być może jeśli zdobędzie pani kontrolę nad *własnym* zachowaniem i zmieni je, będzie miała pani pewien wpływ na Joego.

Pełniejsze omówienie sposobów postępowania w sytuacji, gdy pacjent wyznacza cele dla kogoś innego, zob. J.S. Beck (2005).

Scanned by CamScanner

ZAPOZNANIE PACJENTA Z MODELEM POZNAWCZYM

Ważnym elementem pierwszej sesji jest pokazanie pacjentowi, w jaki sposób myślenie wpływa na jego reakcje, najlepiej na jego własnym przykładzie. Terapeuta może wykorzystać spontaniczne wypowiedzi pacjenta w czasie sesji (np. „Nic nie potrafię zrobić dobrze. Nic się nie da zrobić. Nigdy nie poczuję się lepiej") albo może zadać mu pytanie „Jaka myśl przyszła panu/i właśnie do głowy?", kiedy zauważy u niego zmianę emocjonalną. Początkującemu terapeucie prawdopodobnie łatwiej będzie jednak poświęcić część pierwszej sesji na przeprowadzenie psychoedukacji na temat zależności między wyzwalającymi sytuacjami, automatycznymi myślami lub wyobrażeniami a reakcjami (emocjonalnymi, behawioralnymi i psychologicznymi).

TERAPEUTKA: Czy możemy przez chwilę porozmawiać o tym, jak myśli wpływają na pani nastrój? Czy przypomina sobie pani jakiś moment w ciągu kilku ostatnich dni, kiedy zauważyła pani u siebie zmianę nastroju? Kiedy uświadomiła sobie pani, że się szczególnie zdenerwowała albo zasmuciła?

PACJENTKA: Chyba tak.

TERAPEUTKA: Czy może mi pani o tym trochę opowiedzieć?

PACJENTKA: Jadłam lunch z kilkoma znajomymi z roku i zaczęłam się naprawdę źle czuć. Rozmawiali o tym, co profesor z angielskiego powiedział na zajęciach, a czego ja nie zrozumiałam.

TERAPEUTKA: Czy pamięta pani, o czym pani wtedy myślała?

PACJENTKA: Mmm, że są znacznie inteligentniejsi ode mnie i że prawdopodobnie nie zaliczę tego kursu.

TERAPEUTKA: (*powtarzając dokładnie słowa pacjentki*) Więc pomyślała pani: „Są znacznie inteligentniejsi ode mnie. Prawdopodobnie nie zaliczę tego kursu". Jak te myśli wpłynęły na pani emocje? Czy poczuła się pani szczęśliwa, smutna, zmartwiona, zła...?

PACJENTKA: O, smutna, naprawdę smutna.

TERAPEUTKA: Dobrze. Może przedstawimy to graficznie? Właśnie podała pani dobry przykład, jak – w konkretnej sytuacji – myśli wpływają na emocje (*rysuje schemat przedstawiony poniżej i omawia go z Sally*). Czy jest to dla pani jasne? To, jak pani ocena tej sytuacji doprowadziła do automatycznych myśli, które następnie wpłynęły na pani samopoczucie?

PACJENTKA: Chyba tak.

Sytuacja: *Lunch ze znajomymi z roku*
↓
Automatyczne myśli: *„Są znacznie inteligentniejsi ode mnie. Prawdopodobnie nie zaliczę tego kursu"*
↓
Reakcja (emocjonalna): *Smutek*

TERAPEUTKA: Może uda się nam zebrać więcej przykładów z ostatnich kilku dni. Czy w jakimś innym momencie czuła się pani szczególnie smutna?

PACJENTKA: No cóż, kilka minut temu, kiedy siedziałam w poczekalni. Czułam się naprawdę przybita. .

TERAPEUTKA: Jakie myśli przychodziły pani wówczas do głowy?

PACJENTKA: Dokładnie nie pamiętam.

TERAPEUTKA: [próbuje ożywić to przeżycie u Sally] Czy mogłaby sobie pani wyobrazić, że znowu siedzi pani w poczekalni? Proszę opisać tę scenę tak, jakby działa się teraz.

PACJENTKA: No cóż, siedzę na krześle obok drzwi, z dala od rejestratorki. Wchodzi kobieta. Jest uśmiechnięta i rozmawia z rejestratorką. Żartuje, wygląda na zadowoloną z życia i... normalną.

TERAPEUTKA: I co pani czuje, gdy pani na nią patrzy?

PACJENTKA: Jakby smutek.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przychodzą pani do głowy?

PACJENTKA: Jest niepodobna dla mnie. Jest szczęśliwa. Ja już nigdy taka nie będę.

TERAPEUTKA: [utrwala zrozumienie modelu poznawczego] Dobrze. Mamy kolejny dobry przykład. Sytuacja była następująca: w poczekalni zobaczyła pani kobietę, która wyglądała na szczęśliwą, i pomyślała pani: „Już nigdy taka nie będę", i ta myśl sprawiła, że poczuła pani smutek. Czy jest to dla pani jasne?

PACJENTKA: Tak. Chyba tak.

TERAPEUTKA: [sprawdza, czy Sally potrafi zwerbalizować swoje rozumienie modelu poznawczego] Czy może pani opowiedzieć własnymi słowami o związku między myślami a uczuciami?

PACJENTKA: No cóż, wydaje się, że moje myśli mają wpływ na to, co czuję.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Tak, zgadza się. [ułatwia Sally wykonanie pracy z sesji terapeutycznej w ciągu następnego tygodnia] Chciałabym, aby w nadchodzącym tygodniu obserwowała pani swoje myśli, kiedy zauważy pani zmianę lub pogorszenie nastroju. Czy możemy się tak umówić?

PACJENTKA: Mhm.

TERAPEUTKA: A może lepiej zapiszę to jako kolejny punkt pani pracy osobistej: *„Kiedy zauważę zmianę lub pogorszenie nastroju, zadam sobie pytanie: «Jakie myśli przyszły mi do głowy» i odnotuję je"*. Kiedy przyjdzie pani w następnym tygodniu, będziemy mogły ocenić pani myśli i ustalić, czy są one w 100% prawdziwe, czy w 0%, czy może w jakimś pośrednim stopniu. Dobrze?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Myślę, że wiele razy pani stwierdzi, że myśli te, z powodu pani depresji, *nie są* całkowicie adekwatne. Napiszę także coś na ten temat: *To, że o czymś myślę, nie oznacza, że jest to prawda*. Kiedy stwierdzimy, że pani myśli nie są prawdziwe albo nie są całkiem prawdziwe, nauczę panią patrzenia na sytuację w bardziej realistyczny sposób. Kiedy się pani tego nauczy, zobaczy pani, że pani samopoczucie się poprawi. Na przykład możemy stwierdzić, że pani znajomi nie są dużo inteligentniejsi od pani i że powody pani trudności nie mają nic wspólnego z inteligencją, a ich jedynym źródłem jest fakt, że cierpi pani na depresję. Następnie za pomocą procedury rozwiązywania problemów możemy pomóc pani z zajęciami na uczelni. Na przykład mogłaby pani poprosić o pomoc przyjaciółkę, osobę prowadzącą ćwiczenia lub tutora.

PACJENTKA: To wydaje się trudne.

TERAPEUTKA: To następny dobry przykład automatycznej myśli: „To wydaje się trudne". No cóż, właśnie po to tu jestem. Będziemy pracować jako zespół, razem, nad rozwiązaniem pani problemów i będziemy to robić krok po kroku (*pauza*). Czy dostrzega pani, że zmiana pani myślenia i wdrożenie rozwiązywania problemów mogą pomóc w poprawie pani nastroju?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: (*zachęcającym głosem*) Moim zdaniem przekona się pani, że poprawa nastąpi dosyć szybko. Czy mogłaby pani tymczasem spróbować odnotować inne depresyjne myśli, tak abyśmy mogły im się przyjrzeć na następnej sesji?

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: [sprawdza, czy Sally spodziewa się jakichś problemów, które mogłyby zawczasu wymagać rozwiązania] Czy może mieć pani z tym jakieś problemy?

PACJENTKA: Nie... Chyba sobie poradzę.

TERAPEUTKA: Dobrze. Ale nawet jeśli problemy się pojawią, to nic nie szkodzi. Przyjdzie pani za tydzień i wówczas wspólnie je rozwiążemy.

PACJENTKA: W porządku.

W tej części spotkania wyjaśniam, ilustruję i zapisuję model poznawczy, *korzystając z przykładów podanych przez pacjentkę*. Staram się ograniczyć wyjaśnienia do kilku zdań na jedną wypowiedź, ponieważ pacjenci z depresją często mają trudności z koncentracją. Proszę także Sally, aby własnymi słowami powtórzyła to, co powiedziałam, sprawdzając w ten sposób, czy zrozumiała. Gdyby zdolności poznawcze Sally były upośledzone lub ograniczone, mogłabym wykorzystać bardziej konkretne pomoce naukowe, na przykład rysunki przedstawiające różne twarze do zilustrowania emocji i rysunki postaci z pustymi dymkami nad głową.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent ma trudności ze zrozumieniem modelu poznawczego na pierwszej sesji?

Odpowiedź: Terapeuta zdecyduje, czy wypróbować inne techniki (zob. rozdział 9), czy wrócić do tego zadania na następnej sesji. Zdrowy rozsądek podpowiada, żeby nie naciskać zbyt mocno, gdyż może to wywołać u pacjentów negatywne myśli na temat ich kompetencji lub na temat terapeuty. Jeśli zdecydujemy się na dalsze wyjaśnienia modelu poznawczego w tym momencie, należy pamiętać o zbagatelizowaniu znaczenia tej umiejętności w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa, że pacjent będzie się obwiniał. („Czasami trudno jest rozpoznać te myśli. Zazwyczaj pojawiają się i znikają tak prędko. Nie należy się tym jednak martwić. Wrócimy do tego później").

OMÓWIENIE PROBLEMU LUB AKTYWIZACJA BEHAWIORALNA

Jeśli jest czas na pierwszej sesji, terapeuta rozpocznie omawianie konkretnego problemu o szczególnym znaczeniu dla pacjenta. Rozwijanie odmiennych sposobów patrzenia na dany problem lub opracowanie konkretnych działań, jakie pacjent może podjąć w celu jego

Scanned by CamScanner

rozwiązania, na ogół umacnia w nim nadzieję, że terapia będzie skuteczna. Jeśli pacjent nie zgłasza problemu o priorytetowym znaczeniu, terapeuta powinien spróbować uzyskać jego zgodę na omówienie problemu braku aktywności – to znaczy, jeśli unika on aktywności lub ogólnie jest przynajmniej nieco bezczynny. Przezwyciężenie depresyjnej bierności oraz stwarzanie okazji do przeżywania przyjemności i poczucia kompetencji są niezbędne dla większości pacjentów z depresją. Aktywizacja behawioralna zostanie omówiona w następnym rozdziale.

PODSUMOWANIE SESJI I PRZEGLĄD PRACY OSOBISTEJ

Końcowe podsumowanie wiąże wszystkie poruszone na sesji wątki i utrwala najistotniejsze informacje. Podsumowanie obejmuje także przegląd zadań, które pacjent podjął się wykonać w domu.

TERAPEUTKA: Nasz czas już prawie dobiegł końca. Czy może mi pani powiedzieć, co jest dla pani najważniejsze do zapamiętania w tym tygodniu? Może pani spojrzeć na swoje notatki [strona 72].

PACJENTKA: No cóż, chyba to, że nie jestem leniwa. I że może mi przychodzić do głowy wiele depresyjnych myśli, które będą wywoływać u mnie złe samopoczucie, mimo że nie są one prawdziwe.

TERAPEUTKA: Zgadza się. A pogląd, że większa aktywność może pani pomóc w poprawie nastroju?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Możemy sobie teraz przypomnieć zadania, które postanowiła pani zrobić w domu? Chciałabym się upewnić, że są one wykonalne. (*wskazując na notatki*) Pierwsza rzecz, jaką zapisałyśmy, to powtarzanie sobie, że ma pani depresję, po to aby nie zaczęła pani myśleć, że jest do niczego. Co teraz pani zrobi, żeby o tym pamiętać? Czy mogłaby pani czytać tę listę codziennie rano, kiedy wstaje pani z łóżka?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Jak pani myśli, ile czasu to pani zajmie?

PACJENTKA: Nie wiem, może pięć minut?

TERAPEUTKA: Uważam, że w rzeczywistości zajmie to mniej niż minutę.

PACJENTKA: Tak, prawdopodobnie właśnie tyle.

TERAPEUTKA: Co pani zrobi, żeby o tym pamiętać?

PACJENTKA: (*myśli*) Nie jestem pewna. Nie chcę trzymać tego na widoku, ponieważ moja współlokatorka mogłaby to zobaczyć.

TERAPEUTKA: [formułuje konkretne wskazówki] Czy mogłaby pani trzymać tę listę gdzie indziej, na przykład w plecaku? Może mogłaby pani ustawić powiadomienie w telefonie komórkowym, żeby pamiętać o jej wyciągnięciu i przeczytaniu?

PACJENTKA: No tak, to dobry pomysł.

TERAPEUTKA: Dobrym pomysłem byłoby także przeczytanie jej codziennie przynajmniej jeszcze raz. O jakiej porze pani zdaniem byłoby to najbardziej pomocne?

PACJENTKA: (*myśli*) Chyba zaraz po obiedzie.

TERAPEUTKA: Wydaje się, że to dobre rozwiązanie. Czy ustawi pani powiadomienie także na to?

PACJENTKA: Oczywiście.

TERAPEUTKA: Zapiszę ten plan na górze listy.

Następnie uzupełniamy listę zadań, które będą stanowić pracę osobistą pacjentki, zwracając uwagę, ile czasu może zająć wykonanie każdego z nich. Wielu pacjentów przecenia stopień trudności i czas trwania poszczególnych zadań. Określenie wymogów czasowych pomaga w zmniejszeniu postrzeganego obciążenia.

TERAPEUTKA: Wcześniej na tej sesji rozmawiałyśmy także o uzupełnieniu pani listy celów w tym tygodniu. Czy myśli pani, że mogłaby pani poświęcić na to minutę lub dwie w tym tygodniu?

PACJENTKA: Oczywiście.

TERAPEUTKA: I na koniec mam tutaj broszurę na temat depresji [*Coping with Depression*; zob. Dodatek B]. Czy powinnyśmy oznaczyć ją jako zadanie nieobowiązkowe?

PACJENTKA: (*przytakuje*)

TERAPEUTKA: Myślę, że jej przeczytanie zajmie około 5–10 minut. Jeśli ją pani przeczyta, może sobie pani zanotować – w pamięci lub na piśmie – z czym się zgadza, a z czym nie.

PACJENTKA: W porządku.

W tej części sesji chcę maksymalnie zwiększyć szansę, że Sally wykona pracę osobistą i będzie miała poczucie sukcesu. Jeśli wyczujemy, że pacjent może nie wykonać jakiegoś zadania, możemy zaproponować jego zmianę („Czy może mieć pani problem z zapisywaniem my-

Scanned by CamScanner

śli?" [Jeśli tak] „Czy myśli pani, że powinnyśmy oznaczyć to zadanie jako nieobowiązkowe?"). Pacjenci z depresją mogą szybko poczuć się przytłoczeni, a następnie stać się samokrytyczni, jeśli nie ukończą swoich zadań. (Szersze omówienie pracy osobistej zob. rozdział 17).

Omówiłyśmy także, o jakiej porze Sally powinna przeczytać tę listę. Należy zauważyć, że Sally, przyzwyczajona do odrabiania zadań domowych w szkole i na studiach, raczej nie będzie się czuła przytłoczona i wykona te czynności z większym prawdopodobieństwem niż inny pacjent z depresją, którzy zakończył już edukację. Niektórzy pacjenci mogą się zdecydować na zapisanie tej listy w smartfonie lub w innym urządzeniu elektronicznym.

INFORMACJE ZWROTNE

Ostatnim elementem każdej sesji terapeutycznej, przynajmniej na początku, są informacje zwrotne. Pod koniec pierwszego spotkania większość pacjentów ma pozytywne odczucia wobec terapeuty i terapii. Prośba o informacje zwrotne umacnia pozytywną relację, gdyż wysyła komunikat, że terapeuta jest zainteresowany opinią pacjenta. Dzięki temu pacjent ma także szansę wyrazić – a terapeuta wyjaśnić – wszelkie nieporozumienia. Czasami pacjent w szczególny sposób interpretuje słowa lub zachowanie terapeuty. Zapytany o ewentualne obawy i wątpliwości ma szansę sformułować, a następnie zweryfikować swoje wnioski. Oprócz werbalnych informacji zwrotnych terapeuta może też zaproponować pacjentowi wypełnienie raportu z terapii (zob. rycina 5.2).

TERAPEUTKA: Pod koniec każdego spotkania będę panią prosić o komentarze na temat sesji. Może mi pani przekazać uwagi na *dwa* sposoby – powiedzieć je wprost albo zapisać w raporcie z terapii, który może pani wypełnić w poczekalni po zakończeniu sesji. Przeczytam pani uwagi i – jeśli pojawią się jakiekolwiek problemy – możemy je włączyć do programu następnej wizyty. Dobrze?

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Co pani myśli o dzisiejszej sesji? Czy było cokolwiek, co by pani przeszkadzało, lub coś, co pani zdaniem źle zrozumiałam?

PACJENTKA: Nie, było dobrze.

TERAPEUTKA: Czy cokolwiek chciałaby pani zrobić inaczej podczas następnego spotkania?

PACJENTKA: Nie, chyba nie.

1. Jakie omówione dzisiaj sprawy uważam za ważne i warte zapamiętania?

2. Czy terapeuta wydał mi się dzisiaj godny zaufania?

3. Czy coś mi dzisiaj przeszkadzało w trakcie terapii? Jeśli tak, co to było?

4. W jakim stopniu udało mi się wykonać pracę osobistą przed dzisiejszą sesją? Jakie jest prawdopodobieństwo, że wykonam nową pracę osobistą?

5. Jakie sprawy na pewno chcę poruszyć na następnym spotkaniu?

Rycina 5.2. Raport z terapii. Źródło: J.S. Beck (2011). Copyright 2011 by Judith S. Beck. Przedruk za zgodą wydawcy

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Dobrze zatem. Dzisiejsza praca z panią była prawdziwą przyjemnością. Czy mogłaby pani teraz wypełnić w poczekalni raport z terapii, a za tydzień przed spotkaniem formularze, które pani dałam? I proszę pamiętać o swojej pracy osobistej. Dobrze?

PACJENTKA: (*przytakuje*) Dobrze. Dziękuję.

TERAPEUTKA: Do zobaczenia za tydzień.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent negatywnie reaguje na pierwszą sesję terapii?

Odpowiedź: Terapeuta spróbuje określić problem i dowiedzieć się, jakie ma on znaczenie dla pacjenta. Następnie interweniuje lub włącza problematyczną kwestię do programu przyszłego spotkania, co pokazuje poniższy fragment rozmowy:

TERAPEUTKA: Czy podczas tej sesji coś się pani nie podobało?

PACJENTKA: Nie wiem... Ta terapia chyba nie jest dla mnie.

TERAPEUTKA: Nie wierzy pani, że pomoże?

PACJENTKA: Chyba nie... Ja mam prawdziwe problemy. Tu *nie* chodzi tylko o to, co myślę.

TERAPEUTKA: Dobrze, że pani o tym mówi. Jestem *przekonana*, że pani problemy są prawdziwe. Nie chciałam sugerować, że nie są. Problemy z szefem i sąsiadami, poczucie osamotnienia... To oczywiście są prawdziwe problemy, które będziemy się starały wspólnie rozwiązać. *Nie* uważam, że wystarczy jedynie przyjrzeć się pani myślom. Przepraszam, jeśli tak to przedstawiłam.

PACJENTKA: Nie szkodzi... Ja po prostu... No cóż, czuję się kompletnie przytłoczona. Nie wiem, co robić.

TERAPEUTKA: Czy chce pani wrócić za tydzień i popracować ze mną nad tym uczuciem?

PACJENTKA: Tak, chyba tak.

TERAPEUTKA: Czy praca osobista wzmaga to uczucie?

PACJENTKA: (*pauza*) Może...

TERAPEUTKA: W takim razie możemy z tego zrezygnować. Albo jeśli pani chce, możemy oznaczyć wszystkie albo niektóre z tych zadań jako nieobowiązkowe.

PACJENTKA: (*wzdycha z ulgą*) O, tak byłoby lepiej.

TERAPEUTKA: Co wydaje się pani najtrudniejsze?

PACJENTKA: Obserwowanie myśli.

TERAPEUTKA: Dobrze, napiszmy „nieobowiązkowe" obok tego zadania. Czy też mam je wykreślić?

PACJENTKA: Nie, może pani napisać „nieobowiązkowe".

TERAPEUTKA: (*robi to*) Co jeszcze wydaje się zbyt trudne?

PACJENTKA: Może wspólne wyjścia ze znajomymi. Nie wiem, czy jestem na to gotowa.

TERAPEUTKA: W porządku. Powinnam dopisać „nieobowiązkowe" czy skreślić to?

PACJENTKA: Może skreślić.

TERAPEUTKA: W porządku. (*robi to*) Czy było coś jeszcze, co przeszkadzało pani na dzisiejszej sesji?

Terapeuta rozpoznaje tutaj potrzebę umocnienia przymierza terapeutycznego. Albo nie zauważył on oznak niezadowolenia pacjentki w trakcie spotkania, albo pacjentka dobrze je ukrywała. Gdyby nie poprosił o informacje zwrotne na temat sesji lub gorzej radził sobie z negatywnymi informacjami zwrotnymi, być może pacjentka za tydzień nie wróciłaby na sesję. Elastyczność terapeuty w podejściu do pracy osobistej pomaga pacjentce w ponownym przeanalizowaniu swoich wątpliwości związanych z terapią poznawczo-behawioralną. Reagując na informacje zwrotne i w rozsądny sposób dostosowując się do wymagań pacjentki, terapeuta okazuje jej zrozumienie i empatię, co sprzyja zaufaniu i współpracy.

Na początku następnego spotkania terapeuta powinien podkreślić, jak ważne jest wspólne dopasowywanie planu terapii i pracy osobistej do potrzeb pacjenta. Terapeuta wykorzystuje także tę trudność jako okazję do udoskonalenia konceptualizacji funkcjonowania pacjentki. W przyszłości terapeuta dołoży starań, aby pacjentka nie czuła się przytłoczona pracą osobistą.

Pierwsza sesja terapeutyczna ma kilka ważnych celów: nawiązanie dobrej relacji z pacjentem, udoskonalenie konceptualizacji, zaznajomienie pacjenta z przebiegiem i porządkiem terapii poznawczo-behawioralnej, wyjaśnienie pacjentowi modelu poznawczego i charakteru jego zaburzenia (zaburzeń), wzbudzenie w pacjencie nadziei i częściowe złagodzenie objawów. Najważniejszym zadaniem podczas tej sesji jest zbudowanie solidnego przymierza terapeutycznego oraz zachęcenie pacjenta do wzięcia czynnego udziału w osiąganiu celów terapeutycznych. Porządek następnych sesji terapeutycznych opisano w rozdziale 7, a trudności ze strukturyzacją sesji omówiono w rozdziale 8.

Scanned by CamScanner

ROZDZIAŁ 6

AKTYWIZACJA BEHAWIORALNA

Jednym z najważniejszych celów wstępnych w przypadku pacjentów z depresją jest planowanie zajęć. Większość z nich wycofuje się przynajmniej z części tych czynności, które wcześniej dawały im poczucie osiągnięć lub przyjemności i podnosiły ich nastrój. Nierzadko przejawiają oni więcej zachowań, które podtrzymują lub zwiększają ich obecne przygnębienie (pozostawanie w łóżku, oglądanie telewizji, bezczynne siedzenie). Często są przekonani, że nie mogą zmienić swoich emocji. Skłonienie ich do większej aktywności i wyrażania sobie uznania za swoje wysiłki stanowi zasadniczą część terapii i ma na celu nie tylko poprawę ich nastroju, ale także umocnienie w nich poczucia własnej skuteczności – w ten sposób udowodnią bowiem sobie, że mogą mieć większą kontrolę nad swoim nastrojem, niż wcześniej sądzili.

KONCEPTUALIZACJA BEZCZYNNOŚCI

Kiedy pacjent rozważa zaangażowanie się w jakąś czynność, na przeszkodzie często stają jego depresyjne automatyczne myśli.

Sytuacja: *Myślenie o podjęciu aktywności*
↓
[Typowe] Myśli automatyczne: *„Jestem zbyt zmęczony/a. Nie będzie mnie to bawić. Moi znajomi nie chcą spędzać ze mną czasu. Nie będę w stanie tego zrobić. Nic mi nie pomoże w poprawie samopoczucia".*
↓
[Typowe] Reakcje emocjonalne: *Smutek, lęk, poczucie beznadziejności*
↓
[Typowe] Zachowanie: *Niepodejmowanie żadnych działań*

Względna bezczynność pacjenta przyczynia się wówczas do jego obniżonego nastroju, ponieważ ma on za mało okazji, aby zyskać poczucie sukcesu lub przyjemności. To z kolei prowadzi do bardziej negatywnego myślenia, które na zasadzie błędnego koła powoduje nasilenie smutku i bezczynności.

KONCEPTUALIZACJA BRAKU POCZUCIA SUKCESU LUB PRZYJEMNOŚCI

Nawet jeśli pacjent rzeczywiście angażuje się w różne zajęcia, często sprawiają mu one niewielką satysfakcję i przyjemność z powodu jego samokrytycznych myśli.

Sytuacja: *Zaangażowanie się w jakąś czynność/zajęcie*
↓
[Typowe] Myśli automatyczne: *„Robię to beznadziejnie. Powinienem/powinna to zrobić dawno temu. Ciągle jest tyle do zrobienia. Nie potrafię tego zrobić tak dobrze jak kiedyś. Kiedyś sprawiało mi to więcej radości. Nie zasługuję na to, żeby to robić".*
↓
[Typowe] Reakcje emocjonalne: *Smutek, poczucie winy, złość na siebie*
↓
[Typowe] Zachowania: *Zaprzestanie danej czynności. Wywieranie na siebie nadmiernego nacisku. Niepodejmowanie tych działań w przyszłości.*

Samokrytyczne myśli mogą się pojawić w trakcie wykonywania jakiejś czynności lub po jej zakończeniu, gdy pacjent zacznie się zastanawiać nad rezultatami. Gdy planujemy zajęcia, ważne jest, aby przewidzieć automatyczne myśli, które mogą przeszkadzać pacjentowi w rozpoczęciu danej czynności, a także myśli mogące zmniejszyć u niego poczucie przyjemności lub osiągnięć w czasie danej czynności lub po niej.

Kiedy leczymy względnie „łatwych" pacjentów, takich jak Sally, będziemy się starali rozpoznać te zajęcia, które mogą pomóc im w poprawie samopoczucia, odniesiemy się do przeszkadzających myśli oraz pomożemy pacjentom w zaplanowaniu przyjemnych i produktywnych zajęć. W przypadku pacjentów z cięższą depresją konieczne może być opracowanie godzinnego planu zajęć na cały tydzień w celu przeciwdziałania ich rozległej bierności i bezczynności. Niektórzy pacjenci mogą także oceniać swoje poczucie przyjemności i osiągnięć po zakończonych zajęciach, sprawdzać, czy większa aktywność i podważanie dysfunkcjonalnych myśli rzeczywiście poprawiają ich nastrój.

Być może najłatwiejszym i najszybszym sposobem aktywizacji behawioralnej pacjenta jest omówienie jego typowego rozkładu zajęć

Scanned by CamScanner

w ciągu dnia (strony 53–55). Następujące pytania mogą ukierunkować rozmowę:

- Na które zajęcia pacjent poświęca za mało czasu, co pozbawia go możliwości zyskania poczucia osiągnięć (sukcesu), poczucia przyjemności lub jednego i drugiego? Może tu chodzić o czynności związane z pracą lub szkołą, rodziną, znajomymi, najbliższym otoczeniem, wolontariat, uprawianie sportów, hobby, ćwiczenia fizyczne, zajęcia związane z prowadzeniem domu, przyrodą, duchowością lub zainteresowaniami zmysłowymi, intelektualnymi czy kulturowymi.
- Czy pacjent utrzymuje właściwą równowagę między dążeniem do sukcesu a przeżywaniem przyjemności? Na przykład czy zmusza się do zbyt ciężkiej pracy, cierpiąc przez to na niedostatek przyjemności? Czy unika zajęć, które według jego przewidywań będą wymagające, mając w ten sposób niewiele okazji do zdobycia poczucia sukcesu?
- Które zajęcia dają mu najmniej satysfakcji i/lub przyjemności? Czy zajęcia te nieodłącznie wiążą się z obniżonym nastrojem (np. rozmyślanie w łóżku), a zatem należy ograniczyć ich częstość? Czy też może pacjent odczuwa smutek w trakcie zajęć potencjalnie satysfakcjonujących z powodu swoich depresyjnych myśli.

W poniższym fragmencie rozmowy omawiam z Sally jej plan zajęć, wzmacniam jej wnioski dotyczące lepszej organizacji czasu, zachęcam ją, aby zobowiązała się do konkretnych zmian, wydobywam myśli, które mogłyby przeszkodzić w ich wprowadzeniu, nazywam jej myśli przewidywaniami, których prawdziwość można sprawdzić, pozwalam jej wybrać zadanie i uczę ją wyrażania sobie uznania za własne wysiłki.

TERAPEUTKA: Zastanówmy się nad pani planem dnia. Czy zauważa pani jakieś różnice w porównaniu z zajęciami na przykład sprzed roku, kiedy nie miała pani depresji?

PACJENTKA: Na cóż, dużo czasu spędzam w łóżku.

TERAPEUTKA: Czy leżenie w łóżku powoduje, że czuje się pani znacznie lepiej? Czy gdy wstaje pani z łóżka, czuje się pani wypoczęta i pełna energii?

PACJENTKA: (*myśli*) Nie... chyba nie. Zazwyczaj kiedy wstaję, jestem otępiała i przybita.

TERAPEUTKA: No cóż, to cenna informacja. [przeprowadza psychoedukację] Większość osób z depresją myśli, że lepiej im zrobi pozostanie w łóżku. Tymczasem okazuje się, że niemal *każde* inne zajęcie jest lepsze. Jakie jeszcze różnice pani dostrzega?

PACJENTKA: Zauważyłam, że dawniej częściej wychodziłam gdzieś ze znajomymi lub po prostu spędzałam z nimi czas. Teraz chodzę z akademika na uczelnię, potem do czytelni, do stołówki i z powrotem do akademika.

TERAPEUTKA: Czy jest to dla pani jakaś wskazówka, co mogłaby pani zmienić w nadchodzącym tygodniu?

PACJENTKA: Tak, chciałabym spędzać więcej czasu z ludźmi, ale chyba nie mam na to siły.

TERAPEUTKA: Więc w końcu zostaje pani w łóżku?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: No cóż, to ciekawa myśl: „Nie mam siły na spędzanie czasu z ludźmi". Zapiszmy ją. [dopytuje się o możliwość przeprowadzenia eksperymentu behawioralnego] Jak możemy zweryfikować jej prawdziwość?

PACJENTKA: Mogłabym pewnie zaplanować, że spędzę trochę czasu ze znajomymi i przekonać się, czy potrafię to zrobić.

TERAPEUTKA: [próbuje zmotywować Sally] Czy taki plan miałby jakieś zalety?

PACJENTKA: Być może poczułabym się lepiej.

Z tonu głosu Sally wnoszę, że może ona nie być skłonna do wykonania tego eksperymentu. Zakładam jednak, że mogą jej w tym przeszkadzać automatyczne myśli.

Sytuacja: *Rozmowa na temat spędzania czasu ze znajomymi*
↓
Myśl automatyczna: *??*
↓
Reakcja emocjonalna: *Nieokreślona negatywna emocja*

W celu odkrycia automatycznej myśli Sally zadaję jej bezpośrednie pytanie:

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani teraz do głowy?

PACJENTKA: Nie wiem.

TERAPEUTKA: [przedstawia Sally *przeciwieństwo* tego, co moim zdaniem mogła ona myśleć] Czy pomyślała pani sobie, że mogłaby pani spędzić miło czas ze znajomymi?

PACJENTKA: Nie, raczej się martwię, że moi znajomi nie będą chcieli się ze mną spotykać.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Dobrze. [wzmacnia model poznawczy] Czy widzi pani, że ta myśl może panią powstrzymywać przed zagadnięciem ich?

W myślach przedstawiam sobie następujący scenariusz:

Sytuacja: *Myślenie o spędzaniu czasu ze znajomymi*
↓
Myśl automatyczna: *„Oni nie będą chcieli się ze mną spotykać".*
↓
Reakcja emocjonalna: *Smutek?*
↓
Prawdopodobna reakcja behawioralna (jeśli Sally nie podważy automatycznej myśli): *Pozostanie w pokoju*

Następnie próbuję ustalić, czy Sally potrafi wymyślić własną odpowiedź podważającą automatyczną myśl. Jeśli nie potrafi tego zrobić, pomagam jej ocenić prawomocność tej myśli i wymyślić eksperyment behawioralny.

TERAPEUTKA: Jak może pani zareagować na tę myśl?

PACJENTKA: ... Nie wiem.

TERAPEUTKA: Czy ma pani jakieś dowody, że znajomi nie będą chcieli się z panią spotykać?

PACJENTKA: Nie, właściwie nie, no chyba że są zajęci... Tyle że nie jestem teraz zbyt atrakcyjnym towarzystwem.

TERAPEUTKA: Czy coś pani powiedzieli?

PACJENTKA: Nie...

TERAPEUTKA: Czy ma pani jakieś dowody na rzecz tezy przeciwnej – że być może chcieliby spędzić z panią czas?

PACJENTKA: (*myśli*) No cóż, Emily spytała mnie, czy nie poszłabym z nią dzisiaj na lunch, ale nie mogłam.

TERAPEUTKA: W porządku, wygląda to całkiem dobrze. Więc jak mogłaby pani się dowiedzieć, czy na pewno Emily lub inni chcieliby się z panią spotkać?

PACJENTKA: Chyba mogłabym po prostu zapytać, czy chcą zjeść ze mną obiad lub coś w tym rodzaju.

Następnie zadaję Sally serię pytań w celu zaaranżowania takiego eksperymentu behawioralnego, który będzie dawał największe szanse na pozytywny rezultat.

TERAPEUTKA: Kogo byłoby pani najłatwiej zapytać? Emily?

PACJENTKA: Nie, chyba Allison i Joego.

TERAPEUTKA: Dobrze. Może pani zatem zweryfikować oba przewidywania. Jedno, że pani znajomi nie będą chcieli się z panią spotkać, i drugie, że jest pani zbyt zmęczona, żeby spędzać czas z ludźmi. Czy odpowiada to pani?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: [stara się zwiększyć prawdopodobieństwo, że Sally wykona eksperyment] Jakie jest prawdopodobieństwo, że zagadnie pani Allison i Joego lub jakąś inną osobę?

PACJENTKA: (*potwierdzającym tonem głosu*) Zrobię to.

TERAPEUTKA: [uznaje, że prawdopodobieństwo będzie większe, jeśli Sally zrobi to natychmiast] Czy myśli pani, że mogłaby to pani zrobić dzisiaj?

PACJENTKA: Chyba tak. Po sesji mogę wysłać do nich esemesa.

TERAPEUTKA: [udziela pozytywnego wzmocnienia] To wspaniale. A jeśli okaże się to pozytywnym doświadczeniem, czy mogłaby pani przez resztę tygodnia próbować spotykać się ze znajomymi? Co pani o tym sądzi?

PACJENTKA: Tak, dobrze.

TERAPEUTKA: [zakłada, że Sally może zrazić do siebie znajomych, jeśli będzie zbyt przygnębiona] Czy chce pani porozmawiać o tym, co powiedzieć znajomym o pani depresji? Lub jak zrównoważyć temat depresji rozmową o czymś bardziej optymistycznym?

PACJENTKA: Nie, nie potrzebuję. Oni już wiedzą, że mam obniżony nastrój. Okazują mi wiele serca.

TERAPEUTKA: Dobrze... [przewiduje, że samopoczucie Sally może się pogorszyć, jeśli spotka się z odmową] A jeśli się okaże, że znajomi odmówią, czy pani zdaniem ważne będzie przypomnienie sobie, że przyczyną może być to, że są zajęci, a nie to, że nie chcą z panią spędzać czasu?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Czy powinnam to zapisać?

PACJENTKA: (*przytakuje*).

TERAPEUTKA: (*pisząc*) „Jeśli odmówią, będzie to przypuszczalnie oznaczać, że chcą się ze mną spotkać, ale są zbyt zajęci" (*pauza*). Dobrze. Możemy teraz wrócić do pani planu zajęć? Czy jest coś, co chciałaby pani w nim zmienić?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: Chyba oglądam za dużo telewizji.

TERAPEUTKA: Czy jest coś, co chciałaby pani robić zamiast tego w tym tygodniu?

PACJENTKA: Naprawdę nie wiem.

TERAPEUTKA: Wydaje mi się, że nie poświęca pani wiele czasu na aktywność fizyczną – zgadza się?

PACJENTKA: Tak. Kiedyś prawie co rano biegałam lub pływałam.

TERAPEUTKA: Co pani ostatnio w tym przeszkadza?

PACJENTKA: Chyba to samo, co wcześniej. Czuję się naprawdę zmęczona. I nie sądzę, że sprawi mi to przyjemność.

Sytuacja: *Myślenie o podjęciu aktywności fizycznej*
↓
Myśli automatyczne: *„Jestem zbyt zmęczona. Nie sprawi mi to przyjemności".*
↓
Reakcja emocjonalna: *Przygnębienie*
↓
Reakcja behawioralna: *Pozostanie w łóżku*

TERAPEUTKA: Czy chciałaby pani zaplanować więcej ruchu, na przykład bieganie lub pływanie kilka razy w tygodniu?

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Jakie jest prawdopodobieństwo, że zaplanuje pani spotkania ze znajomymi oraz bieganie lub pływanie – może co najmniej trzy razy?

PACJENTKA: Na pewno to zrobię.

TERAPEUTKA: Czy powinnyśmy to zapisać na karcie aktywności [zob. rycina 6.1], żeby czuła się pani bardziej do tego zobowiązana?

PACJENTKA: Nie potrzeba. Zrobię to.

TERAPEUTKA: Jeszcze jedno. Czy mogłaby pani wyrazić sobie uznanie za każdym razem, kiedy zrobi pani jedną z tych rzeczy? Wystarczy, że powie pani sobie: „Dobrze. Zrobiłam to".

PACJENTKA: (*lekko zdziwiona*) Czy chce pani powiedzieć, że mam wyrazić sobie uznanie za zaplanowanie spotkania ze znajomymi?

TERAPEUTKA: Ależ tak! [przeprowadza psychoedukację] Kiedy ktoś cierpi na depresję, często trudno mu zrobić coś, co kiedyś przychodziło z łatwością. Takie rzeczy jak zadzwonienie do znajomego czy uprawianie sportu choćby przez krótki czas są naprawdę ważne, żeby zacząć przezwyciężać własną depresję. I faktycznie wymagają one więcej energii niż leżenie w łóżku. Więc oczywiście zasługuje pani na uznanie.

PACJENTKA: Ale kiedyś te rzeczy były łatwe.

TERAPEUTKA: Kiedy przezwyciężysz pani depresję, nie będzie pani musiała wyrażać sobie uznania. Ale jeśli teraz te rzeczy są chociaż trochę trudne do wykonania, *zasługuje* pani na uznanie. A przypominanie sobie o tym uświadomi pani, że robi pani coś produktywnego w celu poprawy własnego samopoczucia.

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Tak naprawdę chciałabym, aby wyrażała sobie pani uznanie za każdym razem, kiedy będzie pani aktywna – to znaczy, gdy nie będzie pani drzemać, oglądać telewizji ani surfować po internecie [Szerszy opis wyrażania sobie uznania można znaleźć na stronach 294–296].

W tym fragmencie rozmowy zachęcam Sally do wyciągnięcia wniosków z omówienia jej typowego dnia. Niektórym pacjentom potrzebna jest większa pomoc (np. „Czy zauważyła pani, ile czasu w tym tygodniu spędziła pani w łóżku? Jaki ma pani nastrój, kiedy pani wstaje z łóżka? Jakie zmiany chciałaby pani wprowadzić w tym tygodniu?"). Tak ukierunkowuję Sally, aby zobowiązała się do wdrożenia konkretnych zmian i rozpoznała automatyczne myśli, które mogłyby w tym przeszkodzić, proponując eksperymenty behawioralne do zweryfikowania prawomocności jej negatywnych przewidywań. Proszę ją także, aby wyrażała sobie uznanie za każdym razem, kiedy jest aktywna.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent jest przekonany, że nie jest zdolny do większej aktywności lub że większa aktywność nie poprawi jego nastroju?

Odpowiedź: Terapeuta przeprowadzi edukację, zaplanuje eksperymenty behawioralne, żeby pomóc pacjentowi w weryfikacji prawdziwości jego myśli i wykorzysta kartę aktywności tak jak w poniższej rozmowie.

TERAPEUTA: [podsumowuje omówienie typowego dnia] W porządku, wydaje się zatem, że pana zajęcia bardzo się zmieniły, odkąd popadł pan w depresję.

PACJENT: Tak, po prostu brakuje mi energii. Przez większość czasu jedynie wyleguję się w domu.

Scanned by CamScanner

Godzina	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
6–7							
7–8							
8–9							
9–10							
10–11							
11–12							
12–13							
13–14							
14–15							
15–16							
16–17							
17–18							
18–19							
19–20							
20–21							
21–22							
22–23							
23–24							
24–1							

Rycina 6.1. Karta aktywności. Źródło: J.S. Beck (2011). Copyright 2011 by Judith S. Beck. Zaadaptowano za zgodą wydawcy

Scanned by CamScanner

TERAPEUTA: A jaki ma pan przy tym nastrój?

PACJENT: Dość kiepski. Przez cały czas jestem przygnębiony.

TERAPEUTA: A co pana zdaniem się zdarzy, jeśli nadal będzie się pan wylegiwać w domu?

PACJENT: Nie wiem. Chyba nic.

TERAPEUTA: Więc nadal będzie pan miał obniżony nastrój?

PACJENT: Chyba tak.

TERAPEUTA: Co by pan powiedział, gdybyśmy spróbowali opracować lepszy rozkład zajęć dla pana, zaplanować pewne czynności, które mogłyby dać panu poczucie przyjemności lub osiągnięć, takie jak zadzwonienie do znajomych lub wyjście na spacer?

PACJENT: Nie wydaje mi się, aby to pomogło. Cały czas czuję się taki zmęczony. Myślę, że powinienem poczekać, aż poczuję się lepiej.

TERAPEUTA: Widzi pan, tak właśnie mówi większość osób z depresją. Badania jednak wykazują, że w rzeczywistości jest odwrotnie. Ludzie przezwyciężają depresję w ten sposób, że najpierw stają się bardziej aktywni, a dopiero potem ich samopoczucie zaczyna się poprawiać.

PACJENT: O!

TERAPEUTA: Czy byłby pan skłonny wykonać w tym tygodniu eksperyment, żeby się przekonać, czy jest pan zbyt zmęczony, i zobaczyć, co się stanie z pana nastrojem, jeśli spróbuje pan zrobić więcej rzeczy?

PACJENT: Chyba tak.

TERAPEUTA: Zobaczmy. [dokonuje porównania energii potrzebnej do różnych zajęć] Które zajęcia na pewno byłyby dla pana zbyt trudne? Bieganie? Załatwianie spraw przez cały dzień? Wysprzątanie całego mieszkania?

PACJENT: Tak, nie mógłbym robić tych rzeczy.

TERAPEUTA: A jakiś przeciwstawny przykład, zajęcie, które wymaga tylko trochę energii?

PACJENT: (*wzdycha*) Mógłbym pójść do biblioteki. Zwrócić zaległe książki i może wypożyczyć jakieś DVD.

TERAPEUTA: [udziela pozytywnego wzmocnienia] Dobry pomysł! Co jeszcze mógłby pan zrobić?

PACJENT: Nie jestem pewny.

TERAPEUTA: Czy myśli pan, że mógłby wykonać kilka zadań w ciągu dnia, gdyby każde z nich zajmowało tylko 10 minut?

PACJENT: Chyba mógłbym.

TERAPEUTA: Dobrze.

Terapeuta pomaga pacjentowi w ustaleniu tych zadań i dalej wydobywa od niego informacje na temat dodatkowych zajęć. Następnie prosi, aby pacjent wykorzystał kartę aktywności.

TERAPEUTA: Wszystkie te zajęcia są dobre. (*wyciągając kartę aktywności przedstawioną na rycinie 6.2*) Chciałbym z panem ustalić, kiedy mógłby pan zrobić te rzeczy. Czy będzie w porządku, jeśli zapiszę je na tej karcie?

PACJENT: W porządku.

TERAPEUTA: (*patrząc na opis typowego dnia pacjenta*) Widzę, że zazwyczaj wstaje pan około 11 lub 11.30. Co by pan powiedział na wstawanie o 10 lub 10.20 rano?

PACJENT: Mógłbym wstawać o tej porze.

TERAPEUTA: Co należałoby zrobić w następnej kolejności?

PACJENT: Chyba wziąć prysznic. Ubrać się. Zjeść śniadanie.

TERAPEUTA: Czy to jest jakaś zmiana w stosunku do tego, co zwykle pan robi?

PACJENT: Tak, czasami przez cały dzień chodzę nieubrany.

TERAPEUTA: A może napisze pan w polu godziny 10: „Obudź się, weź prysznic, ubierz się", a następnie, w polu godziny 11: „Zjedz śniadanie" [zob. rycina 6.2].

PACJENT: W porządku (*robi to*).

TERAPEUTA: Co chce pan zrobić po śniadaniu? Pozmywać naczynia?

PACJENT: Powinienem. Zebrała mi się sterta naczyń w zlewie. W kuchni panuje niezły bałagan.

TERAPEUTA: A więc może zmywanie naczyń lub sprzątanie kuchni przez 10 minut? Nie musi pan wszystkiego zrobić od razu.

PACJENT: (*westchnienie ulgi*) W porządku.

TERAPEUTA: A potem? Czy chce pan odpocząć, pooglądać telewizję, poczytać gazetę lub posurfować w internecie, tak jak zwykle?

PACJENT: Tak, to byłoby dobre.

TERAPEUTA: W porządku, a zatem w polu godziny 11 wpiszmy: „Sprzątaj kuchnię przez 10 minut, a w polu godziny 12 „TV, gazeta lub internet".

Scanned by CamScanner

Godzina	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela
6–7	Sen						
7–8	*Sen*						
8–9	*Sen*						
9–10	*Sen*						
10–11	*Pobudka, prysznic, ubieranie się*						
11–12	*Śniadanie, porządki w kuchni – 10 min.*						
12–13	*TV, gazeta*						
13–14	*Załatwianie spraw lub oglądanie wystaw sklepowych*						
14–15	*Odpoczynek*						
15–16	*TV, lunch, porządki w kuchni – 10 min.*						
16–17	*Rozmowa telefoniczna z siostrą, pranie – 10 min.*						
17–18	*TV, spacer*						
18–19	*Odpoczynek, pranie – 10 min.*						
19–20	*Obiad, porządki w kuchni – 10 min.*						
20–21	*Rozmowa telefoniczna z Jonathanem, sprawdzanie e-maili*						
21–22	*Surfowanie w internecie*						
22–23	*Czytanie*						
23–24	*Położenie się do łóżka Sen*						
24–1	*Sen*						

Rycina 6.2. Wstępna (częściowo wypełniona) karta aktywności pacjentki z cięższą depresją. Źródło: J.S. Beck (2011). Copyright 2011 by Judith S. Beck. Zaadaptowano za zgodą wydawcy

Scanned by CamScanner

Terapeuta i pacjent pracują dalej w tym kierunku, aż opracują plan zajęć na następny dzień. Ponieważ pacjent był mało aktywny, terapeuta uważa, aby go nie przytłoczyć zbyt wieloma zajęciami. Krótkie okresy aktywności przeplata dłuższymi okresami rekreacji lub wypoczynku. Prosi także pacjenta, aby ten za każdym razem wyraził sobie uznanie, kiedy zrealizuje kolejny punkt planu. Następnie pyta pacjenta, czy byłby skłonny codziennie trzymać się tego samego podstawowego planu. Tworzy listę potencjalnych zadań, które pacjent mógłby wykonać w domu, osób, do których mógłby zadzwonić, oraz miejsc, gdzie mógłby pójść.

Na następnej sesji terapeuta omawia przestrzeganie planu zajęć. Pyta pacjenta o jego wcześniejsze przewidywania: że byłby zbyt zmęczony, żeby coś zrobić oraz że zajęcia te nie poprawią mu samopoczucia. Odkrycie przez pacjenta, że jego automatyczne myśli były nieadekwatne, może go zmotywować do wcześniejszego wstawania i zaangażowania się w większą liczbę produktywnych i przyjemnych zajęć.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent nie potrafi zaproponować żadnych przyjemnych zajęć?

Odpowiedź: Jest wiele list, z których pacjent może sobie wybrać zajęcia. Może to być lista z książki Frischa (2005) lub opisana w pracy MacPhillamy'ego i Lewinsohna (1982), dostępna pod adresem: www.healthnetsolutions.com/dsp/PleasantEventsSchedule.pdf. Podczas omawiania listy z pacjentem warto postawić go w sytuacji wymuszonego wyboru: „Które pięć lub dziesięć zajęć/czynności z listy byłyby pana/i zdaniem najprzyjemniejsze?". Jeśli pacjent nie chce dokonać wyboru, warto mu uświadomić, że pozostanie w łóżku podtrzymuje lub nasila jego smutek. Następnie należy go zapytać, czy jego zdaniem jest prawdopodobne, że podczas wykonywania określonej czynności z listy jego nastrój będzie gorszy niż wtedy, gdy wyleguje się w łóżku. Jeśli odpowie, że nie, należy go zapytać, czy byłby skłonny wpisać tę aktywność do swojego rozkładu zajęć. Jeśli odpowie, że tak, należy go zapytać, czy byłby skłonny do przeprowadzenia eksperymentu behawioralnego w celu zweryfikowania słuszności swego przekonania.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent ma już wypełniony dzień zajęciami lub cierpi na ich nadmiar?

Odpowiedź: Jeśli proporcje zajęć w rozkładzie dnia pacjenta są dobre, zmiany mogą nie być konieczne. Jeśli proporcje nie są dobre, może być potrzebne dodanie pewnych okresów odpoczynku i/lub zwiększenie liczby zajęć dających poczucie przyjemności lub sukcesu. Jeśli pacjent cierpi na *nadmiar* zajęć, może być konieczne zmniejszenie jego poziomu aktywności. (Musi on także wyrażać sobie uznanie za wszelkie poczynione zmiany). Tak czy inaczej, jeśli zajęcia pacjenta nie dają mu poczucia przyjemności i sukcesu, może on potrzebować pomocy terapeuty w podważeniu swoich dysfunkcjonalnych treści poznawczych. Konieczne może być także podważenie automatycznych myśli, które przeszkadzają mu w zmianie tych zajęć.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent donosi, że zmiana zajęć nie ma wpływu na jego nastrój?

Odpowiedź: Z wyjątkiem najcięższych przypadków depresji, jest mało prawdopodobne, aby pacjent nie doświadczył wahań samopoczucia. Wahania te mogą być jednak małe i pacjent może ich nie pamiętać. W takim przypadku może być pomocne nauczenie pacjenta, jak oceniać swoje poczucie przyjemności i osiągnięć na 10-punktowych skalach i jak oceniać swój nastrój tuż po wykonaniu danej czynności, zgodnie z poniższym opisem.

TERAPEUTA: [podsumowuje omówienie pracy osobistej pacjenta] A zatem zrobił pan w tym tygodniu wiele rzeczy, które zgodnie z naszymi przewidywaniami miały podnieść pana nastrój, ale okazało się, że nic nie pomaga? Pana nastrój był taki sam, niezależnie od tego, co pan robił po zmywaniu naczyń?

PACJENT: Zgadza się.

TERAPEUTA: Mam dwie hipotezy. Jedna, że przeszkadzają w tym panu automatyczne myśli. I druga, że może doświadczył pan niewielkich zmian nastroju, ale albo ich pan nie zauważył, albo ich pan nie pamięta.

PACJENT: Nie wiem.

Terapeuta wydobywa następnie od pacjenta treści poznawcze, jakie towarzyszyły mu podczas różnych zajęć, i pomaga mu w ich podważeniu, przewidując ich ponowne pojawienie się w nadchodzącym tygodniu. Terapeuta upewnia się także, że pacjent nie wyraził sobie uznania. Następnie prosi pacjenta o ocenę uzyskiwanego poczucia sukcesu i przyjemności.

TERAPEUTA: Załóżmy, że konstruujemy najpierw skalę przyjemności, która będzie dla pana wskazówką do oceny pańskich zajęć [zob. rycina 6.3]. W skali od 0 do 10, jakiej aktywności przypisałby pan 10 punktów? Chodzi o zajęcie, które sprawiało panu dużą przyjemność lub które pana zdaniem mogłoby sprawić panu dużą przyjemność.

PACJENT: O, to było chyba wtedy, gdy dotarłem do turnieju finałowego [wraz z miejscową drużyną futbolową].

Scanned by CamScanner

	Poczucie przyjemności	Poczucie sukcesu
10	Gra w futbol	Zbudowanie tarasu
5	Obiad z bratem	Grabienie liści w zeszłym roku
0	Kłótnia z partnerką	Wystawienie czeku bez pokrycia

Rycina 6.3. Skale oceny poczucia przyjemności i poczucia sukcesu

TERAPEUTA: W porządku, na karcie obok „10" proszę zapisać „podczas gry w futbol".

PACJENT: (*robi to*).

TERAPEUTA: Jakiej aktywności przypiszemy 0 punktów? Chodzi o zajęcie, które zupełnie nie sprawia panu przyjemności.

PACJENT: To będzie kłótnia z partnerką.

TERAPEUTA: Dobrze, proszę zapisać to obok „0".

PACJENT: (*robi to*).

TERAPEUTA: A co można by umieścić pomiędzy nimi?

PACJENT: Chyba... zjedzenie obiadu z bratem.

TERAPEUTA: Dobrze, proszę to zapisać.

Jeśli pacjent z łatwością dopasowuje zajęcia do liczb, te trzy punkty odniesienia zazwyczaj wystarczają, choć w razie potrzeby pacjent może dodać więcej punktów. Jeśli pacjent ma trudności z liczbami, terapeuta może zmienić punkty odniesienia na „słabe", „średnie" i „silne". Po wypełnieniu skali poczucia przyjemności pacjent w taki sam sposób wypełnia skalę poczucia sukcesu. Następnie terapeuta prosi pacjenta, aby za pomocą tych skal ocenił swoje dzisiejsze zajęcia.

TERAPEUTA: Dobrze. Wypełnijmy teraz część pana planu zajęć. Tutaj – w kratce odpowiadającej godzinie 11 – proszę wpisać „terapia", a pod spodem: „PS = _____" i „PP = _____". Proszę mi teraz powiedzieć, jakie miał pan poczucie osiągnięć lub sukcesu podczas dzisiejszej terapii?

PACJENT: Mniej więcej na poziomie 3 punktów.

TERAPEUTA: A poczucie przyjemności?

PACJENT: Około 2 (*wypełnia kratki*).

TERAPEUTA: A co pan robił dzisiaj między godziną 10 a 11?

PACJENT: Poszedłem do księgarni.

TERAPEUTA: W porządku. Proszę wpisać „księgarnia" w kratce przy godzinie 10. Proszę teraz spojrzeć na skalę. Jak duże poczucie osiągnięć zyskał pan podczas tej godziny?

PACJENT: Może 2 lub 3 punkty (*zapisuje to*). Znalazłem książkę, której szukałem.

TERAPEUTA: Jakieś poczucie przyjemności?

PACJENT: Żadne, naprawdę.

TERAPEUTA: A więc wizyta w księgarni przypominała kłótnię z partnerką?

PACJENT: Nie, chyba dałbym jej 2 punkty.

TERAPEUTA: Ale czy nie było to interesujące? Pana pierwsza reakcja była taka, że nie miał pan z tego żadnej przyjemności. Depresja prawdopodobnie przeszkadza w dostrzeżeniu przyjemnych zajęć lub być może w ich zapamiętaniu. Dlatego właśnie moim zdaniem warto w tym tygodniu wypełniać kartę aktywności, aby się przekonać, czy jedne zajęcia są lepsze niż inne (*pauza*). Czy wie pan dokładnie, co robić?

PACJENT: Tak.

TERAPEUTA: Czy mógłby mi pan powiedzieć, dlaczego zrobienie tego wszystkiego może być warte zachodu?

PACJENT: No cóż, wydaje się, że chce mi pan powiedzieć, że mój nastrój zmieni się trochę pod wpływem tego, co robię.

TERAPEUTA: A co *pan* na ten temat myśli?

PACJENT: Chyba może to być słuszne.

TERAPEUTA: Jeśli okaże się to prawdą, możemy zaplanować więcej zajęć, które rzeczywiście mogą poprawić pana samopoczucie w następnym tygodniu. Byłoby najlepiej, gdyby pan wypełniał tę kartę w możliwie najkrótszym czasie po zakończeniu danego zajęcia – tak aby pan nie zapomniał o tym, co pan zrobił, i aby pana oceny były bardziej adekwatne. Jeśli będzie to niemożliwe, czy mógłby pan wypełniać ją w porze lunchu, obiadu i przed zaśnięciem?

PACJENT: Tak, nie powinno być z tym problemu.

TERAPEUTA: Jeśli będzie pan mógł ją wypełniać codziennie, zyskamy najwięcej informacji, ale nawet gdyby pan to robił przez kilka dni, to i tak czegoś się dowiemy. Teraz ostatnia rzecz. Czy mógłby pan rzucić okiem na kartę aktywności dzień przed naszą następną sesją? Żeby zobaczyć, czy są jakieś prawidłowości lub cokolwiek, co może być dla nas pouczające. Jeśli pan chce, może pan zapisać swoje wnioski na odwrocie karty. Dobrze?

PACJENT: Dobrze.

Scanned by CamScanner

WYKORZYSTANIE KARTY AKTYWNOŚCI DO OCENY ADEKWATNOŚCI PRZEWIDYWAŃ

Kiedy pacjent nie jest przekonany, czy planowanie zajęć bywa skuteczne, terapeuta może go poprosić o odnotowanie *przewidywanego* poziomu poczucia sukcesu i przyjemności lub nastroju na jednej karcie aktywności, a następnie o zapisanie *rzeczywistych* ocen na drugiej. Porównanie obu kart może dostarczyć cennych danych.

TERAPEUTKA: Spójrzmy teraz na pani przewidywania na pierwszej karcie aktywności oraz na zapis *rzeczywistych* zdarzeń na drugiej karcie.

PACJENTKA: (*przytakuje*).

TERAPEUTKA: Zobaczmy... widać, że przewidywała pani bardzo słabe wyniki, na ogół od 0 do 3, dla trzech spotkań ze znajomymi, jakie pani zaplanowała. Co *rzeczywiście* się wydarzyło?

PACJENTKA: W rzeczywistości spędziłam czas milej, niż się spodziewałam – moje wyniki, jeśli chodzi o poczucie przyjemności, wynosiły od 3 do 5.

TERAPEUTKA: Co to według pani oznacza?

PACJENTKA: Chyba to, że nie jestem dobra w przewidywaniu. Myślałam, że nie spędzę miło czasu, ale spędziłam, przynajmniej trochę.

TERAPEUTKA: Czy chciałaby pani zaplanować więcej spotkań towarzyskich na nadchodzący tydzień?

PACJENTKA: Tak, powinnam.

TERAPEUTKA: Dobrze. Czy widzi pani, co mogło się dziać – i co faktycznie się działo, zanim zgłosiła się pani na terapię? Stale przewidywała pani, że nie będzie pani przyjemnie w towarzystwie znajomych, więc nie robiła pani żadnych planów. W istocie odrzucała pani ich zaproszenia. Wydaje się, że ta terapeutyczna praca osobista pomogła pani zweryfikować te poglądy. Przekonała się pani, że tak naprawdę spotkanie ze znajomymi było całkiem miłe i teraz jest pani chyba skłonna zaplanować więcej takich spotkań. Czy to się zgadza?

PACJENTKA: Tak, ale przypomniałam sobie, że chciałam porozmawiać o pewnym zajęciu, które okazało się gorsze, niż przewidywałam.

TERAPEUTKA: W porządku. Co to było?

PACJENTKA: Przewidywałam, że uzyskam 4 punkty w skali poczucia osiągnięć i poczucia przyjemności, jeśli pójdę biegać w czasie weekendu. Ale w jednym i drugim przypadku było 1.

TERAPEUTKA: Czy ma pani jakąś hipotezę, dlaczego?

PACJENTKA: Tak naprawdę nie.

TERAPEUTKA: Co pani czuła podczas biegania?

PACJENTKA: Przeważnie frustrację.

TERAPEUTKA: A jakie myśli przychodziły pani do głowy?

PACJENTKA: Nie wiem. Nie czułam się zbyt dobrze. Dosyć szybko dostałam zadyszki. Nie mogłam uwierzyć, że jest mi tak ciężko.

TERAPEUTKA: Czy miała pani takie myśli jak: „Nie czuję się dobrze", „Dostałam zadyszki", „Jest mi ciężko"?

PACJENTKA: Tak, chyba tak.

TERAPEUTKA: Czy przychodziły pani do głowy jakieś inne myśli?

PACJENTKA: Przypomniałam sobie, jak było dawniej. Mogłam przebiec 3 czy 4 kilometry właściwie bez zadyszki.

TERAPEUTKA: Czy ma pani wspomnienie, wyobrażenie na temat tego, jak było kiedyś?

PACJENTKA: Tak. Kiedyś przychodziło mi to z łatwością. Teraz naprawdę jestem w kiepskiej formie. Ciężko będzie wrócić do poprzedniej kondycji. Nie jestem pewna, czy *kiedykolwiek* mi się to uda.

TERAPEUTKA: W porządku, zobaczmy, czy rozumiem. [podsumowuje] Tutaj, w moim gabinecie, uważała pani, że uzyska umiarkowane poczucie osiągnięć i przyjemności podczas biegania. Ale okazało się, że jest ono bardzo niewielkie. Wydaje się, że przypominała sobie Pani, jak było kiedyś, a także przeszkadzały Pani myśli, takie jak: „Jest mi ciężko", „Dostałam zadyszki", „Kiedyś przychodziło mi to z łatwością", „Teraz jestem w kiepskiej formie", „Może nigdy nie wrócę do poprzedniej kondycji". I myśli te wywołały w pani uczucie frustracji. Czy brzmi to wiarygodnie?

PACJENTKA: Tak.

W tej ostatniej części terapeuta wykorzystuje kartę aktywności do rozpoznania pewnej liczby automatycznych myśli, które utrudniały pacjentce czerpanie przyjemności z danego zajęcia. W następnej części terapeuta:

Scanned by CamScanner

1. Pomoże pacjentce w ocenie głównej myśli: „Może nigdy nie wrócę do poprzedniej kondycji".
2. Uczy ją, aby porównywała swoją obecną formę z najgorszą w przeszłości, a nie z najlepszą, tak aby nie była zbyt samokrytyczna i mogła cieszyć się z biegania.

Aktywizacja behawioralna jest niezbędna w przypadku większości pacjentów z depresją. Wielu z nich potrzebuje tylko uzasadnienia, pomocy przy wyborze i planowaniu zajęć oraz odpowiedzi na przewidywane automatyczne myśli, które mogą utrudniać wdrożenie tych zajęć lub czerpanie z nich poczucia przyjemności lub sukcesu. Terapeuci często muszą nakłaniać pacjentów do większej aktywności w sposób uprzejmy, ale nieustępliwy. Pacjentom, którzy początkowo są mało aktywni, przydaje się umiejętność tworzenia i trzymania się codziennego planu z coraz większą liczbą zajęć. Pacjenci, którzy są sceptycznie nastawieni do planowania zajęć, mogą odnieść korzyść z wykonania eksperymentów behawioralnych w celu zweryfikowania swoich poglądów i/lub sprawdzenia adekwatności myśli automatycznych przez porównanie swoich przewidywań z rzeczywistością.

ROZDZIAŁ 7

PORZĄDEK SESJI DRUGIEJ I NASTĘPNYCH

Sesja druga jest zorganizowana według schematu, który powtarza się na każdej kolejnej sesji. W niniejszym rozdziale przedstawiono ten schemat i opisano ogólny przebieg terapii, począwszy od sesji drugiej aż do zakończenia. Ostatnia faza leczenia została opisana w rozdziale 18, a najczęstsze problemy związane z wdrażaniem pacjenta w terapię poznawczo-behawioralną podczas pierwszych sesji przedstawiono w rozdziale 8.

Oto typowy porządek sesji drugiej i następnych:

Wstępna część sesji

1. Sprawdzenie nastroju pacjenta.
2. Ustalenie programu sesji.
3. Uaktualnienie danych.
4. Omówienie pracy osobistej.
5. Ustalenie hierarchii ważności problemów składających się na program sesji.

Środkowa część sesji

6. Praca nad konkretnym problemem i nauka umiejętności poznawczo-behawioralnych w tym kontekście.
7. Dyskusja kontrolna z odpowiednimi, wspólnie wyznaczonymi zadaniami.
8. Praca nad drugim problemem.

Scanned by CamScanner

Zakończenie sesji
9. Podsumowanie sesji przez terapeutę lub pacjenta.
10. Przegląd nowej pracy osobistej.
11. Uzyskanie informacji zwrotnych.

Jeśli terapeuta nie jest obeznany z tym schematem, może sporządzić kopię tej karty i mieć ją pod ręką. Może ją pokazać pacjentowi (lub jej uproszczoną wersję), aby dać mu lepsze pojęcie o tym, jak będzie wyglądała terapia. W ten sposób pacjent i terapeuta będą mogli śledzić przebieg sesji.

Celem terapeuty podczas drugiej sesji jest udzielenie pomocy pacjentowi w rozpoznaniu ważnych problemów, które mają być przedmiotem pracy terapeutycznej, oraz – w kontekście rozwiązywania problemów – nauczenie go istotnych umiejętności, zwłaszcza rozpoznawania i podważania automatycznych myśli, a w przypadku większości pacjentów z depresją – planowania zajęć. Terapeuta nadal będzie wdrażał pacjenta w terapię poznawczo-behawioralną, ucząc go trzymania się określonego schematu sesji, współpracy, udzielania informacji zwrotnych oraz patrzenia na własną przeszłość i obecne przeżycia przez pryzmat modelu poznawczego. Jeśli pacjent będzie miał nieco lepsze samopoczucie, terapeuta rozpocznie także pracę nad zapobieganiem nawrotom (zob. rozdział 18). Przede wszystkim jednak terapeuta będzie się zajmował budowaniem przymierza terapeutycznego oraz łagodzeniem objawów pacjenta.

PIERWSZA CZĘŚĆ SESJI

Szczegółowe cele wstępnej części sesji są następujące:

- Ponownie ustanowić pozytywną relację.
- Skłonić pacjenta do nazwania problemów, które wymagają rozwiązania.
- Zebrać dane, które mogą wskazywać na inne ważne sfery problemowe do omówienia.
- Omówić pracę osobistą.
- Ustalić hierarchię ważności problemów ujętych w programie sesji.

Osiągnięcie tych celów będzie łatwiejsze, jeśli przed sesją pacjent odpowie na pytania z karty przygotowania do terapii (rycina 7.1) – w myśli lub na piśmie.

1. O czym ważnym rozmawialiśmy na poprzedniej sesji? Co sobie zanotowałem/am?
2. Jaki był mój nastrój w porównaniu z poprzednimi tygodniami?
3. Czy w tym tygodniu wydarzyło się coś (pozytywnego i negatywnego), o czym mój terapeuta powinien wiedzieć?
4. Nad jakimi problemami chciałbym/chciałabym pracować w terapii? Jak można by krótko nazwać każdy z tych problemów?
5. Jakie zadanie wykonałem/am? (Jeśli jakiegoś nie wykonałem/am, to co mi przeszkodziło?) Czego się nauczyłem/am?

Rycina 7.1. Karta przygotowania do terapii

Sprawdzenie nastroju pacjenta (i przyjmowanych przez niego leków)

Obserwacja nastroju zazwyczaj nie zajmuje dużo czasu. Pomaga ona terapeucie i pacjentowi w śledzeniu postępów terapii. Jeśli pacjent wypełni kwestionariusze samoopisowe, terapeuta zbada go, aby ustalić, czy ma on jakieś dodatkowe problemy, których może nie wyrażać werbalnie, na przykład myśli samobójcze, trudności ze snem, poczucie braku własnej wartości lub ponoszenia kary, obawa, że wydarzy się najgorsze, zwiększona drażliwość itp. Być może konieczne będzie zajęcie się jednym czy dwoma z tych problemów w czasie sesji.

Terapeuta poprosi także pacjenta o subiektywny opis jego objawów i zestawi go z wynikami obiektywnych testów. Jeśli wyniki testów i samoopis pacjenta będą rozbieżne, terapeuta zada pacjentowi dodatkowe pytania (np. „Mówi pani, że czuje się gorzej, ale wynik uzyskany na skali depresji jest wyższy niż w zeszłym tygodniu. Co pani o tym sądzi?"). Terapeuta dokona także szybkiego porównania obiektywnych wyników z poprzedniej sesji oraz obiektywnych wyników uzyskanych obecnie (np. „Pański wynik uzyskany na skali lęku jest niższy niż w zeszłym tygodniu. Czy rzeczywiście w tym tygodniu odczuwał pan mniejszy lęk?"). Terapeuta powinien także potwierdzić, że pacjenci nie opisują swojego samopoczucia tylko w danym dniu, ale przedstawiają swój ogólny nastrój w całym ostatnim tygodniu. Zazwyczaj drugie spotkanie zaczyna się w następujący sposób:

TERAPEUTKA: Dzień dobry. Jak się pani czuje?

PACJENTKA: Chyba tak samo. Nadal odczuwam dość znaczną depresję i dużo bardziej się martwię.

TERAPEUTKA: Czy mogę rzucić okiem na pani formularze? Czy kiedy je pani wypełniała, myślała pani o całym tygodniu, czy tylko o dniu dzisiejszym?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: O całym tygodniu.

TERAPEUTKA: Dobrze. W porządku, rzeczywiście widać, że odczuwała pani w tym tygodniu większy lęk. Czy powinniśmy dodać „lęk" do programu naszego dzisiejszego spotkania?

PACJENTKA: (*przytakuje*).

TERAPEUTKA: (*pokazując Skalę Depresji Becka*) Wydaje się, że wynik na skali depresji jest w tym tygodniu trochę niższy niż w poprzednim. Czy odczuła pani poprawę pod tym względem?

PACJENTKA: Tak, chyba tak.

TERAPEUTKA: W porządku, to dobrze.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent rozwodzi się na temat swojego nastroju?

Odpowiedź: Terapeuta wdroży go do podawania zwięzłego opisu. Na przykład:

„Czy mogę pani na chwilę przerwać? Czy mogłaby mi pani powiedzieć w kilku zdaniach, jaka była pani depresja i lęk w tym tygodniu w porównaniu z poprzednim? Czy była pani bardziej przygnębiona, mniej więcej tak samo, czy mniej?".

Po uzyskaniu informacji o ogólnym samopoczuciu Sally w zeszłym tygodniu wydobywam od niej wyjaśnienie tej zmiany. Chciałabym, aby rozpoznała pozytywne działania, jakie podjęła, oraz przystosowawcze zmiany w jej myśleniu.

TERAPEUTKA: Dlaczego pani zdaniem depresja nieco się zmniejszyła?

PACJENTKA: Miałam trochę więcej nadziei. Pomyślałam chyba, że terapia może mi pomóc.

TERAPEUTKA: (*subtelnie utrwala model poznawczy*) Więc myślała pani na przykład: „Terapia może mi pomóc", i te myśli powodowały, że czuła pani więcej nadziei i mniejszą depresję?

PACJENTKA: Tak... i Lisa – chodzi ze mną na zajęcia z chemii – poprosiła mnie, abym się z nią pouczyła. Wczoraj przez parę godzin powtarzałyśmy wzory. To też poprawiło mi nastrój.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani do głowy, kiedy uczyła się pani wczoraj z koleżanką?

PACJENTKA: Że się cieszę, że poprosiła mnie, abym się z nią uczyła... Teraz lepiej to wszystko rozumiem...

TERAPEUTKA: Mamy dwa dobre przykłady, które pokazują, dlaczego czuła się pani lepiej w tym tygodniu. Po pierwsze, miała pani optymistyczne myśli na temat terapii. A po drugie, *zrobiła* pani coś innego – uczyła się wspólnie z koleżanką – i zyskała przynajmniej niewielkie poczucie osiągnięć.

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Czy widzi pani, że pani myśli i to, co pani zrobiła, wpłynęły na pani samopoczucie, i to w pozytywny sposób?

W celu zbudowania poczucia własnej skuteczności oraz zachęcenia do dalszych zmian poznawczych i behawioralnych pozytywnie wzmacniam u Sally zmiany przystosowawcze.

TERAPEUTKA: Cieszę się, że miała pani te optymistyczne myśli na temat terapii i że zdobyła się pani na wysiłek wspólnej nauki z koleżanką.

Jeśli pacjent ma lepsze samopoczucie, ale nie jest pewien, dlaczego, terapeuta powinien zapytać: „Czy zauważył/a pan/i jakiekolwiek zmiany w swoim myśleniu lub zachowaniu?"

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent przypisuje pozytywne zmiany w swoim nastroju czynnikom zewnętrznym?

Odpowiedź: Pacjenci często mówią: „Czułem się lepiej, ponieważ leki zaczęły działać/mój szef był na zwolnieniu lekarskim/moja partnerka była dla mnie milsza". Terapeuta mógłby wtedy zasugerować: „To na pewno pomogło, ale czy nie zauważył pan także, że *myśli* pan w inny sposób lub *robi* coś inaczej?".

Podobnie jeśli nastrój pacjenta się pogorszył, terapeuta będzie chciał poznać atrybucje pacjenta: „Jak pani myśli, dlaczego czuje się pani gorzej w tym tygodniu? Czy może to mieć coś wspólnego z pani myśleniem lub tym, co pani zrobiła lub czego nie zrobiła?". W ten sposób terapeuta subtelnie utrwala model poznawczy i sugeruje, że pacjent ma pewną kontrolę nad swoim samopoczuciem.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent twierdzi, że *nic* nie może poprawić jego nastroju?

Odpowiedź: W przypadku nielicznych pacjentów, którzy trwają w tym przekonaniu, może być pomocne omówienie w dalszej części sesji „rzeczy, które poprawiają mi samopoczucie, i rzeczy, które pogarszają mi samopoczucie". Karta podobna do tej,

Scanned by CamScanner

którą przedstawiono na rycinie 7.2, może pomóc w utrwaleniu poglądu, że pacjent może sprawować co najmniej minimalną kontrolę nad swoim nastrojem. Za pomocą dialogu sokratejskiego terapeuta może pokazać pacjentowi, że unikanie, izolowanie się i ogólnie bezczynność zwiększają jego dysforię (a przynajmniej nie powodują jej zmniejszenia), podczas gdy pewne zajęcia (zazwyczaj te, które wymagają interakcji interpersonalnych lub dają szansę na poczucie przyjemności lub sukcesu) mogą prowadzić do poprawy nastroju, nawet jeśli na początku jest ona niewielka.

Rzeczy, które poprawiają mi samopoczucie	Rzeczy, które pogarszają mi samopoczucie
Jazda na rowerze	Wylegiwanie się w łóżku
Uporanie się z e-mailami	Długie drzemki
Wizyta na Facebooku	Zbyt długie oglądanie telewizji
Spotkanie się ze znajomymi	Bezczynne siedzenie
Zajmowanie się samochodem	

Rycina 7.2. Lista rzeczy poprawiających i pogarszających samopoczucie

Krótkie sprawdzenie nastroju jest dla terapeuty okazją do:

- Okazania troski o samopoczucie pacjenta w zeszłym tygodniu.
- Śledzenia wspólnie z pacjentem postępów terapii.
- Rozpoznania (a następnie wzmocnienia lub zmodyfikowania) atrybucji postępów lub ich braku, jakiej dokonuje pacjent.
- Utrwalenia modelu poznawczego czy tego, jak jego postrzeganie sytuacji i sposób zachowania wpływają na nastrój.

Podczas analizy wyników obiektywnych testów terapeuta powinien przeanalizować poszczególne objawy w poszukiwaniu znaczących zmian pozytywnych lub negatywnych (np. myśli samobójczych lub poczucia beznadziejności). Kierując się diagnozą i objawami pacjenta, może też poprosić o dodatkowe informacje, które nie zostały uchwycone w testach (np. liczba i nasilenie napadów paniki, napadów objadania się, używania substancji psychoaktywnych, wybuchów złości, samouszkodzeń, zachowań niszczycielskich).

Jeśli trudności psychologiczne pacjenta są leczone farmakologicznie, terapeuta pokrótce sprawdzi przestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania leków, ewentualne problemy, skutki uboczne czy wątpliwości. Ważne jest, aby kwestie związane z przestrzeganiem zaleceń

sformułować w kategoriach częstości i nie pytać: „Czy wziął/wzięła pan/i swój lek w tym tygodniu?", ale raczej: *„Ile razy w tym tygodniu* był/a pan/i w stanie wziąć swój lek zgodnie z zaleceniami lekarza?" (wskazówki, jak poprawić przestrzeganie zaleceń dotyczących przyjmowania leków zob. J.S. Beck, 2001).

Jeśli terapeuta nie jest lekarzem przepisującym leki, to uzyska zgodę pacjenta i co pewien czas będzie się kontaktował ze specjalistą w celu wymiany informacji. Nie będzie zalecał pacjentowi zmian w zakresie terapii farmakologicznej, ale może mu pomóc w podważeniu treści poznawczych, które mu przeszkadzają w przyjmowaniu leków (lub ewentualnie w ograniczaniu ich ilości). Może wspólnie z pacjentem sformułować i zapisać konkretne pytania do lekarza, dotyczące skutków ubocznych, dawkowania, uzależnienia od leków lub leków alternatywnych czy suplementów. Jeśli pacjent nie bierze leków, ale interwencja farmakologiczna byłaby w jego przypadku wskazana, terapeuta może zaproponować, aby pacjent skonsultował się z psychiatrą lub innym lekarzem.

Ustalenie programu sesji

Celem tej *krótkiej* części jest ustalenie wstępnego programu. Terapeuta wdraża pacjenta w *nazywanie problemów*, w których chce on uzyskać pomoc. Zamiast pytać: „O czym chce pan/i dzisiaj rozmawiać?" lub „Co chce pan/i włączyć do programu?" (co może prowadzić do mniej produktywnej rozmowy), terapeuta formułuje pytanie w kategoriach problemu do rozwiązania (aż pacjent wdroży się w ustalanie programu w taki sposób).

TERAPEUTKA: W porządku, nad jakim problemem czy problemami chciałaby pani dzisiaj ze mną pracować? Czy mogłaby pani podać mi tylko *nazwy* problemów?

PACJENTKA: No cóż, zbliża się mój egzamin z ekonomii, a ja po prostu nie rozumiem materiału. Bardzo się martwię. Po prostu nie mogę się skoncentrować. Nie wiem, co robić. Cały czas czytam...

TERAPEUTKA: (*uprzejmie przerywając*) [wdraża pacjentkę w zwięzłe nazywanie problemu, który zostanie omówiony w dalszej części sesji] Czy powinnyśmy dodać punkt „egzamin z ekonomii" do programu dzisiejszego spotkania?

PACJENTKA: Tak, zdecydowanie.

Nie chcąc, aby Sally przedstawiła w tym momencie pełny opis problemu, uprzejmie jej przerywam, nazywam problem i proszę, aby

Scanned by CamScanner

dodać go jako punkt programu do omówienia za kilka minut. Gdybym pozwoliła jej na dłuższe opisanie problemu, *pozbawiłabym ją możliwości zastanowienia się, o czym chce najbardziej porozmawiać w czasie sesji*, a co niekoniecznie musi być pierwszym problemem, jaki podniosła. Następnie próbuję wybadać, czy są jakieś dodatkowe tematy do omówienia:

TERAPEUTKA: Czy są jakieś inne problemy, w których chciałaby pani uzyskać pomoc?

PACJENTKA: Cóż, nie jest najlepiej w moich relacjach ze współlokatorką. Kładziemy się spać o tak różnych porach. Ona...

TERAPEUTKA: (*uprzejmie przerywając*) Czy powinnyśmy to nazwać „problemem ze współlokatorką"?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Co jeszcze?

PACJENTKA: Nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: [próbuje wybadać, czy są jakieś inne problemy, które mogą być jeszcze ważniejsze do omówienia w czasie sesji niż te pierwsze dwa] Kiedy w czasie tego tygodnia miała pani najgorsze samopoczucie?

PACJENTKA: (*myśli*) Chyba kiedy próbowałam się uczyć do egzaminu. I na zajęciach.

TERAPEUTKA: Jakieś inne chwile, kiedy było szczególnie źle?

PACJENTKA: Nie, te były najgorsze.

TERAPEUTKA: Czy powinnyśmy dodać do programu „uczenie się i zajęcia"?

PACJENTKA: Tak, to byłoby dobre.

Następnie upewniam się, czy pacjentka spodziewa się wystąpienia innych poważnych trudności przed naszym kolejnym spotkaniem:

TERAPEUTKA: A czy są jakieś inne problemy, które pani zdaniem mogłyby się pojawić w tym tygodniu?

PACJENTKA: Wydaje mi się, że nie.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent ma trudności z zaproponowaniem punktów programu?

Odpowiedź: Często pacjenci potrzebują na początku niewielkiej zachęty do wysuwania własnych propozycji. Mogą nie zdawać sobie jasno sprawy z tego, co im przeszkadza, lub też mogą nie być pewni, jakie problemy będą właściwe. W rozdziale 8 opisano, co robić z pacjentami, którzy przejawiają tego rodzaju trudności.

Uaktualnienie danych

Następna część sesji pomaga terapeucie w zachowaniu ciągłości między poprzednim a bieżącym spotkaniem. Terapeuta pokrótce zbierze informacje o nowych doświadczeniach z ostatniego tygodnia, zwracając szczególną uwagę na ewentualne problemy, które mogą być ważne w kontekście programu sesji. Najpierw terapeuta stara się dowiedzieć, jak ogólnie minął pacjentowi tydzień.

TERAPEUTKA: Czy w tym tygodniu zdarzyło się coś jeszcze, o czym powinnam wiedzieć?

PACJENTKA: (*myśli*) Mhm. (*wzdycha*) Tak, zaspałam i nie byłam na zajęciach.

TERAPEUTKA: [próbuje wybadać, czy jest to na tyle ważna kwestia, żeby dodać ją do programu] Czy jest to problem, o którym musimy dzisiaj porozmawiać?

PACJENTKA: Nie, myślę, że nie. Po prostu zapomniałam nastawić budzik.

TERAPEUTKA: W porządku. Coś jeszcze?

PACJENTKA: Nie, nic mi nie przychodzi do głowy.

Następnie terapeuta spróbuje wydobyć pozytywne doświadczenia:

TERAPEUTKA: Dobrze. Czy może mi pani teraz powiedzieć, co pozytywnego zdarzyło się w tym tygodniu?

PACJENTKA: (*myśli*) Mhm, myślę, że bieganie mi pomogło. Poczułam się także lepiej, gdy porozmawiałam przez telefon z mamą.

TERAPEUTKA: W porządku, to dobrze. Czy wydarzyły się jeszcze jakieś inne dobre rzeczy?

Pytanie o pozytywne doświadczenia uzmysławia pacjentowi, że nie cierpiał on bezlitosnych katuszy przez cały tydzień. Terapeuta powinien zwrócić uwagę na pozytywne informacje, które może wykorzystać później w czasie sesji lub na przyszłych sesjach, zwłaszcza kiedy będzie planował pozytywne zajęcia dla pacjenta lub pomagał mu w ocenie istotnych automatycznych myśli i przekonań. Ujawnienie pozytywnych danych może także wprawić pacjenta w lepszy nastrój, dzięki czemu będzie on bardziej otwarty na zbliżające się rozwiązywanie problemów. Możemy postanowić, że zaangażujemy pacjenta w rozmowę na ten temat (zwykle krótką) albo w tym samym czasie, albo później, żeby poprawić mu nastrój lub okazać swoje zainteresowanie, umacniając w ten sposób przymierze terapeutyczne.

Scanned by CamScanner

Omówienie pracy osobistej

W następnej kolejności terapeuta ustali, co pacjent osiągnął w trakcie swojej pracy osobistej. (Szerszy opis tej części sesji znajduje się w rozdziale 17). Omówienie pracy osobistej pacjenta jest niezbędne. Jeśli tego nie robimy, pacjenci zwykle przestają ją wykonywać. Czasami zajmuje to niewiele czasu, zdarza się jednak, że staje się to główną częścią sesji, jeśli ma związek z problemami umieszczonymi w programie. Częścią dobrej terapii jest określenie, ile czasu należy poświęcić na omówienie pracy osobistej, a ile na przedyskutowanie innych problemów, które pacjent chce rozwiązać.

Na ogół terapeuta prosi pacjenta o przeczytanie głośno zadań z listy zadań (zob. np. strona 72). Prosimy go o ocenę, jak bardzo jest obecnie przekonany o słuszności przystosowawczych stwierdzeń oraz odpowiedzi na swoje automatyczne myśli i przekonania, które omówiliśmy na poprzedniej sesji (sesjach). Sprawdzamy, które zadania behawioralne pacjent wykonał i czego się z nich nauczył. Zastanawiamy się także wspólnie z pacjentem, które zadania warto będzie kontynuować w następnym tygodniu. Jeśli jakiekolwiek zadania wymagają dłuższej dyskusji (lub jeśli są zadania, których pacjent nie zdołał wykonać), możemy wspólnie z pacjentem postanowić, że omówimy je później w czasie sesji, tak aby można było szybko przeanalizować pozostałą część zadań.

TERAPEUTKA: Czy możemy teraz porozmawiać o pani pracy osobistej? Czy ma pani notatki z ostatniego tygodnia?

PACJENTKA: Tak (*wyciąga listę* [rycina 5.1, strona 72]; *terapeutka także wyciąga swoją kopię*).

TERAPEUTKA: Dobrze. Możemy ją przejrzeć?

PACJENTKA: Jasne.

TERAPEUTKA: Jak sobie pani poradziła z czytaniem tej listy dwa razy w ciągu dnia?

PACJENTKA: Dość dobrze. Chyba tylko w jeden lub dwa dni mi się nie udało.

TERAPEUTKA: Czy może pani przeczytać pierwszy punkt?

PACJENTKA: (*czyta na głos*) „Jeśli zacznę myśleć, że jestem leniwa i do niczego, powiem sobie, że cierpię na prawdziwą chorobę określaną jako depresja, która sprawia, że trudniej mi robić różne rzeczy. Gdy terapia zacznie działać, mój nastrój się poprawi i wszystko stanie się łatwiejsze".

TERAPEUTKA: Jak bardzo jest pani teraz o tym przekonana?

PACJENTKA: Chyba jestem przekonana.

TERAPEUTKA: Dobrze. (*przechodząc do drugiego punktu na liście*) Czy myślała pani o jakichś innych celach?

PACJENTKA: Nie.

TERAPEUTKA: W porządku. Jeśli pani pomyśli, proszę dać mi znać. (*przechodząc do trzeciego punktu*) Czy była pani w stanie uchwycić swoje automatyczne myśli, kiedy zaobserwowała pani u siebie zmianę nastroju?

PACJENTKA: Próbowałam, ale chyba nie zawsze wiem, co myślę.

TERAPEUTKA: Nie szkodzi. Będziemy rozmawiać o pani myślach automatycznych na każdej sesji. Czy udało się pani zauważyć *jakiekolwiek* myśli automatyczne przy zmianie nastroju?

PACJENTKA: Chyba tak, ale nic nie zapisałam.

TERAPEUTKA: Proszę opisać tę sytuację.

PACJENTKA: Byłam na zajęciach i nagle poczułam prawdziwe zaniepokojenie.

TERAPEUTKA: Jaka myśl przyszła pani do głowy?

PACJENTKA: Pomyślałam, że zbliża się egzamin i na pewno nie zdążę się przygotować.

TERAPEUTKA: Dobrze. Zapiszę to. Czy możemy wrócić do tej myśli za parę minut, kiedy będziemy rozmawiać o egzaminie?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Czy uświadomiła sobie pani jakieś inne automatyczne myśli w tym tygodniu?

PACJENTKA: Raczej nie.

TERAPEUTKA: Więc nie miała pani zbyt wielu okazji, aby sobie powiedzieć, że sam fakt myślenia o czymś nie oznacza z konieczności, że jest to prawda?

PACJENTKA: (*kręci głową*).

TERAPEUTKA: Co pani teraz o tym sądzi?

PACJENTKA: Chyba to prawda. Zgodnie z tym, co mówi broszura *Coping with Depression*.

TERAPEUTKA: Czy spędziła pani czas razem z Allison i Joem lub innymi znajomymi w tym tygodniu?

Sally i ja pokrótce omawiamy to zadanie. Wspólnie się zgadzamy, że będzie się ona dalej zastanawiać nad automatycznymi myślami i planować spotkania towarzyskie w nadchodzącym tygodniu. Następnie pokrótce omawiamy główne pojęcia zawarte w broszurze *Coping with Depression*.

Scanned by CamScanner

Ustalenie hierarchii ważności problemów składających się na program sesji

Po określeniu wstępnego programu oraz ewentualnym jego rozszerzeniu pod wpływem danych z poprzedniego tygodnia i pracy osobistej terapeuta podsumuje punkty programu. Jeśli program spotkania jest zbyt obszerny, terapeuta wspólnie z pacjentem ustalą ich hierarchię ważności i zgodzą się, aby omówienie mniej ważnych problemów odłożyć na przyszłą sesję. Terapeuta może się także zorientować, czy pacjent chce przeznaczyć mniej więcej tyle samo czasu na każdy punkt programu.

TERAPEUTKA: W porządku. Czy możemy teraz ustalić hierarchię ważności poszczególnych punktów programu, [podaje uzasadnienie] abyśmy mogli się dowiedzieć, jak spędzić czas na tej sesji? Wspomniała pani o egzaminie, problemie ze współlokatorką oraz szczególnie złym samopoczuciu podczas nauki i na zajęciach. (*pauza*) Czy jest jakiś inny problem, który jest od nich ważniejszy?

PACJENTKA: No cóż, mam wyrzuty sumienia, że nie dzwonię do mojej kuzynki.

TERAPEUTKA: W porządku. (*odnotowuje to, a następnie dodaje własne punkty do programu*) Chciałabym także porozmawiać o tym, w jaki sposób może pani wpływać na poprawę swego nastroju, oraz nieco więcej o automatycznych myślach. Czy to pani odpowiada?

PACJENTKA: Tak, całkowicie.

TERAPEUTKA: Czy coś jeszcze dodałaby pani do programu?

PACJENTKA: Chyba nie.

TERAPEUTKA: Nie wiem, czy zdążymy wszystkim się zająć. (*pomaga Sally ustalić hierarchię ważności*) Jeśli zabraknie nam czasu, to czy możemy przełożyć coś na przyszły tydzień?

PACJENTKA: Hmm... Chyba problem z moją współlokatorką. Pewnie i tak rozejdzie się po kościach... I moja kuzynka. To może zaczekać.

TERAPEUTKA: W porządku. Zapiszemy je na końcu listy i zobaczymy, czy zdążymy się nimi zająć.

Ewentualnie terapeuta może zapytać:

TERAPEUTKA: Jeśli tylko będziemy mieć czas, żeby porozmawiać o jednym czy dwóch z tych problemów, który byłby najważniejszy?

Warto pamiętać, że terapeuta nie zawsze musi się trzymać programu, a w niektórych okolicznościach nawet *nie powinien* tego robić. Musi jednak wyjaśnić pacjentowi powód każdego odstępstwa i uzyskać jego zgodę.

TERAPEUTKA: Widzę, że nadal martwi się pani egzaminem, ale zaczyna nam brakować czasu. Czy chciałaby pani porozmawiać o tym przez resztę spotkania, a pozostałe punkty programu przełożyć na przyszły tydzień? Albo mogłybyśmy poświęcić na to pięć minut więcej, żeby nadal mieć czas na omówienie złego samopoczucia podczas nauki lub zajęć.

PACJENTKA: Chyba powinnyśmy spróbować zająć się także tymi rzeczami.

TERAPEUTKA: W porządku, obie kontrolujmy czas.

Terapeuta może z wielu powodów zasugerować zmianę programu sesji. Na przykład tak jak w poprzednim fragmencie rozmowy pacjent jest dość zmartwiony daną sprawą i potrzebuje więcej czasu na jego omówienie. Może też pojawić się nowy temat, który wydaje się szczególnie ważny, albo też w czasie sesji zmienia się nastrój pacjenta (na gorsze).

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent zaczyna mówić o całkowicie nowym problemie, który nie został włączony do programu?

Odpowiedź: Kiedy pacjent zmienia temat, terapeuta powinien uprzejmie mu przerwać, zwracając uwagę na tę zmianę i dając pacjentowi możliwość świadomego wyboru problemu, nad którym chce dalej pracować. Pacjenci często nie zdają sobie sprawy, że poruszają nowy temat.

PACJENT: Kiedy innym razem próbowałem się uczyć w bibliotece, zobaczyłem dziewczynę, z którą chodziłem do szkoły średniej, Julię, co zupełnie mnie rozproszyło. Po prostu nie dawała mi spokoju myśl, czy powinienem do niej podejść i porozmawiać. Kiedy byliśmy w dziesiątej klasie, Julia była całkiem miła i wtedy coś się wydarzyło, nie jestem pewien co. Myślę, że mogła...

Scanned by CamScanner

TERAPEUTA: Czy mogę panu na chwilę przerwać? Punktem wyjścia naszej rozmowy były pana trudności podczas nauki do egzaminu, a teraz wydaje się, jakby głównym tematem była Julia. Czy zależy panu, żeby wrócić do rozmowy o egzaminie, czy może ważniejszym tematem jest Julia?

PACJENT: O, egzamin jest ważniejszy. Sprawa Julii może poczekać.

TERAPEUTA: W porządku, mówił pan zatem, że na ogół trudno panu zabrać się do pracy w bibliotece?

Terapeuta odwraca uwagę pacjenta od problemów pobocznych, których nie było w pierwotnym programie i których omówienie raczej nie przyniesie postępów w czasie sesji. Godnym uwagi wyjątkiem jest sytuacja, kiedy terapeuta umyślnie (choć zazwyczaj na krótko) wciąga pacjenta w rozmowę towarzyską w celu osiągnięcia konkretnego celu. Może na przykład zapytać go o rodzinę, niedawno obejrzany film lub wydarzenia społeczne, aby poprawić mu nastrój, ułatwić zbudowanie przymierza lub ocenić jego funkcjonowanie poznawcze czy umiejętności społeczne.

ŚRODKOWA CZĘŚĆ SESJI

Następnie terapeuta wymieni punkty programu uporządkowane według ich ważności i zapyta pacjenta, od którego problemu chce zacząć pracę. Daje mu w ten sposób okazję do bycia aktywnym i wzięcia na siebie odpowiedzialności. Zdarza się jednak, że inicjatywę przejmuje terapeuta, zwłaszcza jeśli uważa, że *określony* problem jest najważniejszy („Czy nie będzie pani miała nic przeciwko temu, jeśli zaczniemy od sprawy znalezienia pracy na pół etatu?").

Terapeuta zbierze dane na temat problemu, dokona konceptualizacji trudności pacjenta zgodnie z modelem poznawczym i wspólnie z nim zdecyduje, od której części tego modelu rozpoczną razem pracę – od rozwiązania problemowej sytuacji, oceny myśli automatycznych, zmniejszenia bezpośrednich dolegliwości emocjonalnych pacjenta (jeśli afekt pacjenta jest tak silny, że nie potrafi się on skupić na rozwiązywaniu problemu, ocenianiu myśli czy zmianie behawioralnej), zasugerowania zmian w zachowaniu (i nauczania, w razie potrzeby, umiejętności behawioralnych) czy zmniejszenia wzbudzenia fizjologicznego (jeśli przeszkadza ono w ważnej rozmowie). Omawiając poszczególne problemy umieszczone w programie, terapeuta będzie uczył pacjenta odpowiednich umiejętności i wyznaczał mu nowe zadania. Co jakiś czas w razie potrzeby będzie także dokonywał podsumowań, żeby pomóc sobie i pacjentowi w zapamiętaniu tego, co było przedmiotem tej części sesji.

Podczas omawiania pierwszego problemu (i kolejnych) terapeuta będzie odpowiednio do sytuacji włączał własne cele terapeutyczne. Na drugim spotkaniu chcę nie tylko pomóc Sally w rozwiązaniu problemów, ale także:

- utrwalić model poznawczy,
- dalej rozwijać u pacjentki umiejętność rozpoznawania automatycznych myśli,
- złagodzić nieco objawy Sally, pomagając jej w reagowaniu na lękowe myśli,
- jak zwykle podtrzymać dobrą relację terapeutyczną, okazując pacjentce zrozumienie.

Pierwszy punkt programu

TERAPEUTKA: W porządku, przyjrzyjmy się programowi spotkania. Od czego pani zdaniem powinnyśmy zacząć? Możemy porozmawiać o pani egzaminie, o nastroju w czasie nauki lub kiedy jest pani w bibliotece bądź też o poprawie pani samopoczucia w toku terapii.

PACJENTKA: Zacznijmy od egzaminu. Naprawdę się tym denerwuję.

TERAPEUTKA: [zbiera dane] W porządku. Czy może mi pani opowiedzieć, co się wydarzyło w tym tygodniu? Ile się pani uczyła? Co się działo z pani koncentracją?

PACJENTKA: No cóż, chciałam się uczyć przez cały czas. Ale za każdym razem, kiedy siadałam do nauki, zaczynałam się okropnie denerwować. Czasami nie zdawałam sobie sprawy, że błądzę gdzieś myślami, i musiałam ponownie czytać tę samą stronę.

TERAPEUTKA: [kontynuuje zbieranie danych, żeby rozwiązać problem i rozpoznać ewentualne zniekształcenia w myśleniu Sally] Kiedy będzie egzamin i jak dużo materiału obejmuje?

PACJENTKA: Za dwa tygodnie. Zdaje się, że obejmuje materiał z pierwszych pięciu rozdziałów podręcznika.

TERAPEUTKA: Ile rozdziałów przeczytała już pani przynajmniej raz?

PACJENTKA: Jakieś trzy rozdziały.

TERAPEUTKA: I są tam nadal rzeczy, których pani nie rozumie?

PACJENTKA: Mnóstwo.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: W porządku. Jednym słowem – ma pani egzamin za dwa tygodnie i martwi się pani, że nie zdąży opanować materiału dostatecznie dobrze?

PACJENTKA: Zgadza się.

W pierwszej części rozmowy chcę sobie wyrobić ogólny obraz problemu. W subtelny sposób pokazuję Sally, jak można zwięźle przedstawić problem. Następnie pomagam jej w rozpoznaniu automatycznych myśli, prosząc o przypomnienie sobie *konkretnej* sytuacji.

TERAPEUTKA: Czy przypomina sobie pani jakąś chwilę w tym tygodniu, kiedy myślała pani o nauce albo próbowała się uczyć i zaczął narastać w pani lęk?

PACJENTKA: Tak, oczywiście... Wczoraj wieczorem.

TERAPEUTKA: O której godzinie? Gdzie pani wtedy była?

PACJENTKA: Około 19.30. Szłam do biblioteki.

TERAPEUTKA: Czy może sobie pani teraz wyobrazić tę sytuację? Jest 19.30, idzie pani do biblioteki... Jakie myśli przychodzą pani do głowy?

PACJENTKA: Co będzie, jeśli obleję egzamin? Co się stanie, jeśli nie zaliczę przedmiotu? Czy uda mi się przetrwać ten semestr?

TERAPEUTKA: W porządku, a zatem była pani w stanie rozpoznać swoje automatyczne myśli. Jak te myśli wpłynęły na pani samopoczucie? Poczuła pani lęk?

PACJENTKA: Silny.

TERAPEUTKA: Opowiem pani trochę o tych automatycznych myślach. Nazywamy je *automatycznymi*, gdyż wydają się po prostu wpadać nam do głowy. Zwykle nawet ich sobie nie uświadamiamy, za to znacznie wyraźniej odczuwamy emocje, które wywołują. Nawet jeśli *jesteśmy* ich świadomi, to zapewne nie przychodzi nam do głowy, aby ocenić ich wiarygodność. Po prostu przyjmujemy, że są prawdziwe.

PACJENTKA: Mhm.

TERAPEUTKA: Podczas terapii nauczy się pani najpierw je rozpoznawać, a następnie oceniać, czy są one całkowicie zgodne z prawdą, częściowo zgodne z prawdą, czy też może zupełnie nieprawdziwe. (*pauza*) Czy możemy się przyjrzeć razem pierwszej myśli? [rozpoczyna proces oceny automatycznej myśli] Jakie ma pani dowody, że obleje pani egzamin?

PACJENTKA: No cóż, nie rozumiem całego materiału.

TERAPEUTKA: Coś jeszcze?

PACJENTKA: Nie... może to, że zaczyna mi brakować czasu.

TERAPEUTKA: W porządku. Czy są jakieś dowody, że pani *nie* obleje?

PACJENTKA: No cóż, dobrze mi poszło na pierwszym kolokwium.

TERAPEUTKA: Coś jeszcze?

PACJENTKA: Chyba dwa pierwsze rozdziały rozumiem lepiej niż trzeci. Z tym trzecim rozdziałem *naprawdę* mam problemy.

TERAPEUTKA: [rozpoczyna rozwiązywanie problemu; skłania pacjentkę do przejęcia inicjatywy] Co może pani zrobić, żeby lepiej opanować rozdział trzeci?

PACJENTKA: Mogłabym jeszcze raz go przeczytać. Mogłabym przejrzeć notatki z wykładów.

TERAPEUTKA: Coś jeszcze?

PACJENTKA: (*waha się*) Już nic nie przychodzi mi do głowy.

TERAPEUTKA: Czy mogłaby pani poprosić kogoś o pomoc?

PACJENTKA: No cóż, pewnie mogłabym poprosić Seana, który prowadzi ćwiczenia. Albo Rossa, faceta z akademika, który w zeszłym roku zaliczył ten przedmiot.

TERAPEUTKA: Dobry pomysł. Czy w tym tygodniu pomyślała pani o poproszeniu któregoś z nich o pomoc? Czy przeszkodziły w tym pani jakieś automatyczne myśli?

PACJENTKA: Nie, chyba nawet o tym nie pomyślałam.

TERAPEUTKA: Kogo pani zdaniem lepiej byłoby poprosić?

PACJENTKA: Chyba Seana.

TERAPEUTKA: Jakie jest prawdopodobieństwo, że poprosi go pani o pomoc?

PACJENTKA: Zrobię to. Pójdę do niego jutro rano na dyżur.

TERAPEUTKA: W porządku. Zakładając, że w tym tygodniu uzyska pani pomoc, co pani sądzi o swoim przewidywaniu, że może pani oblać egzamin?

PACJENTKA: No cóż, chyba część materiału już umiem. Może *mogłabym* uzyskać pomoc w nauczeniu się pozostałej części.

TERAPEUTKA: I jak się pani teraz czuje?

PACJENTKA: Chyba trochę mniej się martwię.

TERAPEUTKA: W porządku, podsumujmy. Miała pani w tym tygodniu wiele automatycznych myśli, które wywoływały u pani lęk. Ale kiedy zaczyna pani oceniać ich wia-

Scanned by CamScanner

rygodność, okazuje się, że są pewne rzeczy, które *może* pani zrobić, żeby zdać. Gdy spogląda pani na te dowody i podważa te myśli, pani samopoczucie się poprawia... Czy to się zgadza?

PACJENTKA: Tak, to prawda.

TERAPEUTKA: Jeśli chodzi o pani pracę osobistą w tym tygodniu, chciałabym, aby znowu poszukała pani automatycznych myśli, kiedy zauważy pani u siebie zmianę nastroju. Może w nich tkwić ziarno prawdy, ale częściej, jak sądzę, stwierdzi pani, że niekoniecznie są one całkowicie zgodne z prawdą. Za tydzień razem poszukamy dowodów, żeby ustalić, czy zanotowane przez panią myśli są całkowicie adekwatne. Dobrze?

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Rozpoznawanie i ocenianie myśli to umiejętności, których trzeba się nauczyć – tak jak jazdy samochodem czy pisania na klawiaturze. Na początku może pani nie radzić sobie z tym zbyt dobrze, ale z czasem nabierze pani wprawy. Będziemy to ćwiczyć na kolejnych sesjach. W tym tygodniu niech pani w miarę możliwości spróbuje rozpoznać niektóre myśli, ale proszę się nie spodziewać, że będzie to łatwe. Dobrze?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Jeszcze jedno. Kiedy będzie pani zapisywać niektóre myśli w tym tygodniu, proszę jeszcze raz powiedzieć sobie, że *mogą one, ale nie muszą być zgodne z prawdą.* W przeciwnym razie ich zapisanie może trochę pogorszyć pani nastrój, zanim nauczy się pani je oceniać.

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Proszę teraz zanotować to zadanie. A skoro już przy tym jesteśmy, zobaczmy, czy coś jeszcze mogłaby pani zrobić, żeby przygotować się do egzaminu [zob. rycina 7.3].

W tej części sesji osiągam jednocześnie wiele celów. Zajmuję się problemem, który trapi Sally; wyjaśniam jej charakter automatycznych myśli, pomagam jej rozpoznać, ocenić i podważyć konkretną myśl, która wywołuje w niej niepokój, ułatwiam złagodzenie objawów, zmniejszając lęk, oraz ustalam pracę osobistą i udzielam Sally rady, aby miała realistyczne oczekiwania w związku z uczeniem się nowej umiejętności. Uczenie pacjentów rozpoznawania i oceniania automatycznych myśli opisano bardziej szczegółowo w rozdziałach 9–12.

29 stycznia

Przeczytaj tę listę dwa razy dziennie

1. Kiedy zauważę zmianę nastroju, zadam sobie pytanie: „Co przychodzi mi do głowy w tej chwili?", i zanotuję automatyczne myśli (które mogą, ale nie muszą być całkowicie zgodne z prawdą). Spróbuję to robić przynajmniej raz dziennie.
2. Jeśli nie dam rady rozpoznać swoich automatycznych myśli, opiszę po prostu sytuację. Muszę pamiętać, że rozpoznawanie myśli jest umiejętnością, którą z czasem opanuję – tak jak opanowałam pisanie na klawiaturze.
3. Poproszę Seana o pomoc w zrozumieniu trzeciego rozdziału podręcznika ekonomii.
4. Przeczytam notatki z tej sesji.
5. Nadal będę biegać/pływać.
6. Zaplanuję trzy wspólne zajęcia ze znajomymi.
7. Codziennie będę uzupełniać listę zasług.

Rycina 7.3. Lista zadań składających się na pracę osobistą Sally (sesja 2)

Pytanie: Co zrobić, jeśli... terapeuta nie wie, jak pomóc pacjentowi w rozwiązaniu określonego problemu?

Odpowiedź: Terapeuta może wówczas:

- Dowiedzieć się, czy pacjent próbował już rozwiązać problem i dlaczego było to nieskuteczne. Być może uda się zmodyfikować rozwiązanie lub myśli, które przeszkodziły w jego skutecznym wdrożeniu.
- Wykorzystać siebie jako wzór. Terapeuta powinien sobie zadać pytanie: „Co bym zrobił, gdybym sam zmagał się z takim problemem?".
- Poprosić pacjenta o wymienienie innej osoby (zwykle znajomego lub członka rodziny), która mogłaby mieć problem tego samego rodzaju. Jakiej rady pacjent by jej udzielił? Być może rada ta miałaby także zastosowanie u pacjenta?
- Odłożyć rozmowę na ten temat: „Chciałabym się poważniej zastanowić nad tym problemem w bieżącym tygodniu. Czy możemy umieścić rozmowę na ten temat w programie następnej sesji?".
- Szerszy opis procedury rozwiązywania problemów znajduje się na stronach 274–276.

Scanned by CamScanner

Drugi punkt programu

W następnej części sesji terapeutycznej informuję Sally o postępie terapii. Zakończywszy poprzedni punkt programu, krótko go najpierw podsumowuję:

TERAPEUTKA: W porządku. Właśnie skończyliśmy rozmawiać o pani egzaminie i o tym, że pani automatyczne myśli naprawdę wywołują u pani duży lęk oraz przeszkadzają w rozwiązaniu problemu. Teraz chciałabym porozmawiać o poprawie pani samopoczucia – jeśli to pani odpowiada.

PACJENTKA: Tak, oczywiście.

TERAPEUTKA: Cieszę się, że czuje się pani dzisiaj trochę lepiej i mam nadzieję, że ten postęp się utrzyma. Ale prawdopodobnie poprawa nie będzie następować regularnie z tygodnia na tydzień, aż do zupełnego wyzdrowienia. Może się pani spodziewać dni lepszych i gorszych. Nie mówię tego bez powodu. Czy może sobie pani wyobrazić, co by było, gdyby oczekiwała pani stałej poprawy i nagle przyszło znaczne pogorszenie nastroju?

PACJENTKA: Pewnie pomyślałabym, że już nigdy nie będę zdrowa.

TERAPEUTKA: Właśnie. Dlatego proszę pamiętać, że przewidziałyśmy ewentualne pogorszenie, że pogorszenia są czymś normalnym na drodze do trwałej poprawy. Może chce pani to sobie zanotować?

W rozdziale 18 można znaleźć szersze omówienie zapobiegania nawrotom oraz graficzne przedstawienie normalnego przebiegu terapii.

Podsumowania

Trzy rodzaje podsumowań są istotne w ciągu całej sesji. Pierwszy rodzaj podsumowania dotyczy treści. Pacjenci często opisują problemy niezwykle szczegółowo. W takiej sytuacji terapeuta streści wypowiedź pacjenta w formie modelu poznawczego, aby mieć pewność, że dobrze rozpoznał to, co jest dla niego najbardziej dokuczliwe, oraz przedstawić to bardziej zwięźle i jasno. W miarę możliwości posługuje się przy tym słowami pacjenta, aby podkreślić, że właściwie rozumie problem i podtrzymać jego aktywację w umyśle pacjenta.

TERAPEUTKA: Chcę mieć pewność, że właściwie panią rozumiem. Znowu zastanawiała się pani nad szukaniem pracy na pół etatu, ale pomyślała pani: „Nigdy sobie z tym nie poradzę". Ta myśl wywołała u pani taki smutek, że wyłączyła pani komputer, wróciła do łóżka i płakała przez pół godziny. Zgadza się?

Gdybym sparafrazowała wypowiedź pacjentki i nie użyła jej własnych słów („Wydaje się, że nie była pani pewna, czy wszystko dobrze pójdzie, jeśli znajdzie pani pracę na pół etatu"), mogłabym osłabić intensywność automatycznej myśli i emocji. W konsekwencji późniejsza weryfikacja tej myśli byłaby mniej skuteczna. Podsumowania, w których terapeuta *swoimi* słowami streszcza wypowiedź pacjenta, mogą także zrodzić u pacjenta przekonanie, że nie został dokładnie zrozumiany.

PACJENTKA: Nie. Nie chodzi o to, że pomyślałam, że może mi nie pójść dobrze. Obawiam się, że mogę *w ogóle* sobie nie poradzić.

Terapeuta, oceniwszy automatyczną myśl lub przekonanie, będzie często prosił pacjenta o dokonanie drugiego rodzaju podsumowania.

„Czy może pan/i podsumować to, o czym właśnie rozmawialiśmy?"
lub
„Co pana/i zdaniem stanowi tutaj główne przesłanie?"
lub
„Co pana/i zdaniem powinien/powinna pan/i z tego zapamiętać?"

Jeśli pacjent dobrze wywiązał się z tego zadania, on albo terapeuta powinni zapisać to podsumowanie, tak aby pacjent mógł je przeczytać w trakcie pracy osobistej. Jeśli podsumowanie pacjenta nie trafia w sedno, terapeuta może powiedzieć: „No cóż, mniej więcej o to chodziło, ale zastanawiam się, czy nie będzie lepiej, jeśli zapamięta to pan/i tak...". Jeśli pacjent się zgodzi, to drugie podsumowanie zostaje zapisane w jego notatkach.

Trzeci rodzaj to krótkie podsumowanie na zakończenie jakiejś części sesji. Dzięki niemu terapeuta i pacjent dobrze rozumieją, co osiągnęli i czym się następnie zajmą:

TERAPEUTKA: W porządku. A zatem skończyłyśmy rozmawiać o przebiegu terapii. Czy w następnej kolejności powinnyśmy porozmawiać o pani problemie z kuzynką?

Scanned by CamScanner

KOŃCOWE PODSUMOWANIE I INFORMACJE ZWROTNE

Celem końcowego podsumowania jest ukazanie najważniejszych kwestii poruszonych na sesji w pozytywny sposób. Podczas pierwszych sesji terapeuta będzie na ogół dokonywał tego podsumowania.

TERAPEUTKA: No cóż, zostało nam kilka minut. Podsumuję teraz to, o czym dzisiaj mówiłyśmy, a potem poproszę panią o komentarz na temat tej sesji.

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Wydaje się, że w tym tygodniu w pani myślach było chyba więcej nadziei, a więc depresja nieco ustąpiła. Zwiększył się natomiast lęk wywołany negatywnymi myślami na temat nadchodzącego egzaminu. Kiedy jednak przyjrzałyśmy się dowodom mającym świadczyć o tym, iż może pani oblać, okazało się, że nie są one przekonujące. Zaproponowała pani kilka dobrych strategii, które mają pani pomóc w nauce – niektóre z nich wypróbuje pani już przed następną sesją. Omówiłyśmy także to, co powinna sobie pani powiedzieć, jeśli nastąpi pogorszenie. Na koniec rozmawiałyśmy o tym, że nadal powinna pani biegać. I jeszcze raz zajęłyśmy się rozpoznawaniem i oceną automatycznych myśli – umiejętności te będziemy ćwiczyć w ciągu całej terapii. (*pauza*) To mniej więcej wszystko, prawda?

PACJENTKA: Tak.

W miarę postępów terapii terapeuta może poprosić pacjenta o podsumowanie najważniejszych kwestii. Jest to znacznie łatwiejsze, jeśli pacjent ma dobre notatki ze spotkania:

TERAPEUTKA: W porządku, zostało nam kilka minut. Co pani zdaniem będzie najważniejsze do zapamiętania w tym tygodniu? Może pani zajrzeć do swoich notatek.

Po końcowym podsumowaniu terapeuta prosi pacjenta o informacje zwrotne na temat sesji.

TERAPEUTKA: W porządku. Co pani myśli o dzisiejszej sesji? Czy coś, co dzisiaj powiedziałam, zaniepokoiło panią? Coś, co pani zdaniem źle zrozumiałam?

PACJENTKA: Trochę się martwię możliwością pogorszenia nastroju.

TERAPEUTKA: No cóż, może nastąpić pogorszenie i jeśli przed naszym następnym spotkaniem poczuje się pani zdecydowanie gorzej, chciałabym, aby pani do mnie zadzwoniła, żeby ustalić, czy powinna pani przyjść wcześniej. Może się też jednak zdarzyć, że będzie pani mieć kolejny lepszy tydzień.

PACJENTKA: Mam nadzieję.

TERAPEUTKA: Czy powinnyśmy dopisać temat „pogorszenia nastroju" do programu następnej sesji?

PACJENTKA: Chyba tak.

TERAPEUTKA: Czy ma Pani jeszcze jakieś uwagi na temat sesji? Czy cokolwiek powinnyśmy zrobić inaczej następnym razem?

PACJENTKA: Nie. Chyba nie.

TERAPEUTKA: W porządku. Do zobaczenia za tydzień.

Jeśli terapeuta wyczuje, że pacjent nie wyraził w pełni swoich opinii, może go poprosić o wypełnienie raportu z terapii (zob. rycina 5.2). Jeśli pacjent przekaże negatywne informacje zwrotne, terapeuta udzieli mu pozytywnego wzmocnienia, a następnie spróbuje rozwiązać problem. Jeśli nie ma na to czasu, terapeuta może przeprosić i powiedzieć pacjentowi, że chciałby omówić jego negatywną reakcję na samym początku następnej sesji. Negatywne informacje zwrotne zazwyczaj wskazują na trudności w przymierzu terapeutycznym (omówione szerzej w J.S. Beck, 2005).

SESJA TRZECIA I NASTĘPNE

Sesje terapeutyczne następujące po drugim spotkaniu odbywają się według tego samego schematu. Ich treść jest zróżnicowana w zależności od problemów i celów pacjenta oraz celów terapeutycznych. W tej części rozdziału przedstawię w zarysie przebieg terapii w ramach kolejnych sesji. Bardziej szczegółowy opis planowania terapii znajduje się w rozdziale 19.

Jak już wspomniano, na początku leczenia to terapeuta pomaga pacjentowi w rozpoznaniu i zmodyfikowaniu automatycznych myśli, wymyśla zadania oraz podsumowuje przebieg sesji. W miarę postępów terapii inicjatywę i odpowiedzialność stopniowo przejmuje pacjent. Pod koniec to pacjent na ogół rozpoznaje zniekształcenia w swoim myśleniu, wyznacza sobie zadania i podsumowuje przebieg sesji.

Inna stopniowa zmiana to przejście od automatycznych myśli jako przedmiotu zainteresowania terapeuty i pacjenta do automatycznych myśli oraz leżących u ich podłoża przekonań (zob. rozdziały 13 i 14). Na końcowym etapie leczenia następuje jeszcze jedna zmiana – przy-

Scanned by CamScanner

gotowanie pacjenta do zakończenia terapii i zapobiegania nawrotom (zob. rozdział 18).

Planując poszczególne sesje, terapeuta powinien pamiętać o etapie terapii i nadal kierować się konceptualizacją trudności pacjenta do ukierunkowania leczenia, odnotowując możliwe do zrealizowania punkty programu przed rozpoczęciem sesji. Gdy pacjent opisuje swój nastrój, krótko omawia miniony tydzień i dokładnie określa punkty programu, terapeuta formułuje w myślach konkretny cel lub cele, jakie chce osiągnąć podczas sesji. Na przykład na trzeciej sesji moim celem dla Sally (choć niekoniecznie dla wszystkich pacjentów z depresją) jest rozpoczęcie systematycznej nauki oceniania automatycznych myśli oraz kontynuowanie planowania przyjemnych zajęć. Na sesji czwartej zamierzam pomóc jej w rozwiązaniu problemu, jakim jest znalezienie pracy na pół etatu, oraz w dalszym podważaniu dysfunkcjonalnych myśli. Przez cały czas staram się połączyć moje cele z punktami programu Sally. Dlatego uczę ją rozwiązywania problemów i umiejętności restrukturyzacji poznawczej w kontekście sytuacji, jakie wnosi ona do terapii. To połączenie rozwiązywania problemów i pomagania pacjentowi w reagowaniu na swoje myśli na ogół daje początkującemu terapeucie czas na dokładne omówienie tylko jednej lub dwóch problematycznych sytuacji zamieszczonych w programie podczas danej sesji terapeutycznej. Doświadczeni terapeuci często mogą się zająć większą liczbą problemów.

W celu dopracowania konceptualizacji, śledzenia na bieżąco przebiegu sesji terapeutycznej oraz planowania przyszłych spotkań terapeuta robi notatki w trakcie sesji (zob. rycina 7.4) i zatrzymuje kopię zapisków pacjenta. Warto odnotowywać omawiane problemy, dysfunkcjonalne myśli i przekonania (słowo w słowo) oraz ich siłę, interwencje przeprowadzone w trakcie sesji, świeżo zmodyfikowane myśli i przekonania oraz ich siłę, wyznaczoną pracę osobistą oraz punkty do programu przyszłych sesji. Nawet doświadczeni terapeuci mają problem z zapamiętaniem wszystkich ważnych informacji bez notatek.

Podczas robienia notatek terapeuta powinien w miarę możliwości utrzymywać kontakt wzrokowy z pacjentem. Niekiedy – zwłaszcza w sytuacji, gdy pacjent ujawnia treści związane z bolesnymi emocjami – terapeuta *nie* powinien robić notatek, żeby być bliżej pacjenta.

W niniejszym rozdziale przedstawiono porządek typowej sesji z początkowego etapu terapii i pokrótce opisano przebieg całej terapii. W następnym rozdziale zostaną omówione problemy związane z trzymaniem się zalecanego schematu. Z kolei w rozdziale 19 znajdzie się szczegółowy opis planowania terapii przed poszczególnymi sesjami, w ich trakcie oraz w kontekście całego procesu terapeutycznego.

Notatki z terapii

Imię pacjenta: *Sally* **Data:** *15 marca* **Sesja nr:** *7*

Wyniki testów obiektywnych: *Skala Depresji Becka = 18, Skala Lęku Becka = 7, Skala Beznadziejności Becka = 9*

Program pacjenta:
Problem z napisaniem pracy z języka angielskiego
Problem ze współlokatorką

Cele terapeuty:
Dalsze modyfikowanie perfekcjonistycznego myślenia
Zmniejszenie lęku i unikania, związanych z uczestnictwem w zajęciach

Najważniejsze wydarzenia w czasie sesji:

1. *Mniejsza depresja i lęk w tym tygodniu.*
2. *Sytuacja/problem* *Automatyczna myśl* *Emocja*
   Praca z angielskiego na jutro → *Nie jest dość dobra* → *Lęk*
   Interwencja – Zapis myśli (dołączony)
   Rezultat – Lęk (zmniejszenie)
3. *Stare przekonanie* *Jeśli nie dostanę piątki, będzie to znaczyło, że nie mam tego, co jest potrzebne, aby odnieść sukces. 90% [siła przekonania]*
   Interwencja: *Rada dla Rebeki (koleżanka)*
   Rezultat: *80% [ponowna ocena siły przekonania]*
   Interwencja 2: *Intelektualno-emocjonalne odgrywanie ról*
   Rezultat: *60% [ponowna ocena siły przekonania]*
   Nowe przekonanie: *Nie potrzebuję samych piątek, żeby odnieść sukces teraz lub w przyszłości. 80%*
4. *Karta radzenia sobie dotycząca zadawania pytań po zajęciach (dołączona).*
5. *Problem ze współlokatorką – za bardzo hałasuje w nocy*
   Interwencja – odgrywanie ról (jak zagadnąć współlokatorkę)

Praca osobista: [Jeśli została zapisana na osobnej kartce, należy ją dołączyć]
Zapis myśli i lista zasług.
Przeczytać notatki z terapii i zastanowić się nad starym i nowym przekonaniem na temat sukcesu.
Czytać karty radzenia sobie rano i zawsze w razie potrzeby.
Zadać jedno lub dwa pytania po zajęciach.
Poświęcić dodatkową godzinę na zredagowanie pracy z języka angielskiego.
Poprosić współlokatorkę, aby w nocy zachowywała się ciszej.

Przyszłe sesje:
Przekonać się, jak perfekcjonizm oddziałuje na inne aspekty życia.

Rycina 7.4. Notatki z terapii

Scanned by CamScanner

ROZDZIAŁ 8

PROBLEMY ZE STRUKTURYZACJĄ SESJI TERAPEUTYCZNEJ

Problemy ze strukturyzacją sesji są nieuniknione. Kiedy terapeuta zda sobie sprawę z istnienia problemu, najpierw go nazwie, następnie postara się zrozumieć jego źródła, a na koniec wymyśli rozwiązanie. Jeśli poprawnie zdiagnozowaliśmy pacjenta i opracowaliśmy dobry plan leczenia, ale nadal mamy trudności z trzymaniem się porządku sesji, powinniśmy się zastanowić nad następującymi kwestiami:

- Czy uprzejmie przerywaliśmy pacjentowi w celu ukierunkowania sesji?
- Czy zaznajomiliśmy pacjenta z terapią?
- Czy wystarczająco zaangażowaliśmy pacjenta w terapię lub czy zbudowaliśmy silne przymierze terapeutyczne?

W niniejszym rozdziale opisano te trudności, a następnie zaproponowano środki zaradcze w przypadku najczęstszych problemów pojawiających się na poszczególnych etapach sesji.

TREŚCI POZNAWCZE TERAPEUTY

Początkujący terapeuta lub terapeuta, który zdobył doświadczenie w prowadzeniu mniej dyrektywnej metody terapii, może mieć myśli, przekonania lub wyobrażenia, które utrudniają przerywanie wypowiedzi pacjenta i wdrażanie standardowego porządku sesji.

Automatyczne myśli

„Nie potrafię nadać sesji właściwego porządku".
„Mojej pacjentce nie spodoba się taki porządek".
„Pacjent nie potrafi zwięźle się wyrażać".
„Pacjent się rozzłości, jeśli będę zbyt dyrektywna".
„Nie powinienem jej przerywać".
„Nie będzie wykonywać pracy osobistej".
„Poczuje się dotknięta, gdy zacznę oceniać jej sposób myślenia".

Terapeuta powinien obserwować własne poczucie dyskomfortu oraz rozpoznawać swoje automatyczne myśli podczas sesji i pomiędzy sesjami. Następnie może zidentyfikować problem, ocenić i podważyć swoje myśli oraz zastosować procedurę rozwiązywania problemów, dzięki czemu będzie mu łatwiej eksperymentować z wdrażaniem standardowego porządku na następnej sesji.

PRZERYWANIE PACJENTOWI

Warunkiem skutecznego strukturyzowania sesji i w konsekwencji najbardziej sprawnego przebiegu terapii jest uprzejme przerywanie wypowiedzi pacjenta. W poniższym fragmencie terapeuta czuje się nieco przytłoczony zalewem problemów pacjenta. Wykorzystuje swoją emocjonalną reakcję jako sygnał do przerwania pacjentowi i ustrukturyzowania sesji.

PACJENTKA: I wtedy, nie mogłam uwierzyć, moja siostra powiedziała do mnie – powiedziała do mnie! – że muszę iść pomagać mamie. Ona wie, że nie mogę tego zrobić. To znaczy moja matka i ja nigdy nie byłyśmy w dobrych stosunkach. Jeśli do niej pojadę, zaraz zacznie mnie bombardować swoimi rozkazami. I będzie mnie krytykować. Nie zniosę już więcej krytyki. Wysłuchuję tego przez cały dzień w pracy i...

TERAPEUTKA: Czy mogę pani na chwilę przerwać? Chciałabym mieć pewność, że rozumiem, o co chodzi. Zaczęłyśmy rozmawiać o planach wakacyjnych i o tym, co powinna pani zrobić, a potem opisała pani kilka innych problemów. Czym pani zdaniem powinnyśmy się w pierwszej kolejności zająć? Planami wakacyjnymi, pani siostrą, mamą czy pracą?

Scanned by CamScanner

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent martwi się, kiedy terapeuta mu przerywa?

Odpowiedź: Jeśli pacjent sam nie powie, że jest to dla niego przygnębiające, terapeuta, gdy zauważy u niego zmianę nastroju, powinien go zapytać, jaka myśl przyszła mu właśnie do głowy. Jeśli pacjent nie potrafi rozpoznać swoich automatycznych myśli, terapeuta może zaproponować własną hipotezę: „Czy pomyślał pan może, że przerywam panu za często?". Gdy tylko terapeuta się upewni, że przerywanie stanowi problem, udziela pacjentowi pozytywnego wzmocnienia: „Dobrze, że mi pan o tym powiedział". Następnie przeprasza, mówiąc po prostu: „Przepraszam". (Przeprosiny są jak najbardziej na miejscu, ponieważ terapeuta niewątpliwie źle ocenił tolerancję pacjenta na tego rodzaju zachowanie). Następnie rozwiązuje problem, na przykład pytając pacjenta, czy chciałby się wypowiedzieć bez przerywania przez następne 5 lub 10 minut. Po upływie tego czasu terapeuta podsumuje to, co powiedział pacjent – „Ponieważ ważne jest dla mnie, abym naprawdę zrozumiała, co się z panem dzieje".

ZAZNAJOMIENIE PACJENTA Z TERAPIĄ

Druga powszechna trudność związana z zachowaniem ustalonego porządku może się pojawić wtedy, gdy pacjent nie będzie dostatecznie zaznajomiony z terapią. Pacjent, który nie miał wcześniej styczności z terapią poznawczo-behawioralną, nie wie z góry, że terapeuta będzie oczekiwał od niego sprawozdań z minionego tygodnia, opisywania swojego nastroju oraz zwięzłego ustalania programu. Pacjent nie jest świadom, że będzie proszony o podsumowanie pracy nad ważnymi problemami, udzielanie informacji zwrotnych, zapamiętanie przebiegu sesji i regularne wykonywanie pracy osobistej. Ponadto terapeuta w istocie uczy pacjenta pewnych umiejętności, a także nowych sposobów odnoszenia się do terapeuty (jeśli pacjent uczestniczył w innej formie terapii) lub nowego sposobu podchodzenia do swoich trudności, który jest bardziej obiektywny i bardziej ukierunkowany na ich rozwiązanie. Dlatego terapeuta musi często opisywać każdy element sesji, przedstawiać jego uzasadnienie i śledzić jego przebieg, udzielając uprzejmych, korygujących informacji zwrotnych.

ZAANGAŻOWANIE PACJENTA

Trzecia powszechna trudność pojawia się wtedy, gdy pacjent ujawnia dysfunkcjonalne przekonania, które utrudniają mu zaangażowanie się w pracę terapeutyczną. Pacjent może nie mieć sformułowanych

jasnych celów (opisanych w rozdziale 5), które naprawdę chce osiągnąć. Może żywić nierealistyczne oczekiwania, że jego stan w jakiś sposób się poprawi bez terapii. Może nie wierzyć w swoją zdolność rozwiązywania problemów, wpływania na własne życie czy dokonania w nim zmiany. Może nawet się obawiać, że jeśli jego stan się poprawi, to jego życie stanie się w jakiś sposób gorsze (np. straci terapeutę lub będzie musiał wrócić do pracy). Terapeuta musi być wyczulony na możliwość pojawienia się tego rodzaju zakłócających treści poznawczych i musi pomagać pacjentowi w ich podważeniu, tak aby był on bardziej skłonny do trzymania się porządku sesji oraz wykonywania zadań związanych z terapią.

UTRWALANIE PRZYMIERZA TERAPEUTYCZNEGO

Czwarta powszechna trudność wiąże się z niechęcią pacjenta do przestrzegania ustalonego porządku, wynikającą z jego spostrzeżeń i dysfunkcjonalnych przekonań na temat siebie, terapii lub terapeuty. Jeśli terapeuta jest przekonany, że nie będzie to miało negatywnego wpływu na przymierze, może oświadczyć, że rozumie dyskomfort pacjenta, a jednocześnie zachęcić go do zastosowania się do zaproponowanego schematu na zasadzie eksperymentu. Może też pozwolić pacjentowi zdominować i kontrolować przebieg spotkania – na początku. W większości przypadków terapeuta będzie negocjował kompromis zadowalający obie strony i próbował przekonać z czasem pacjenta do standardowego porządku sesji.

W jaki sposób terapeuta może ocenić, czy trudności ze strukturyzacją sesji wynikają z niedostatecznego zrozumienia terapii przez pacjenta, czy też z jego niechęci do trzymania się ustalonego porządku? Najpierw powinien przeprowadzić interwencję polegającą na dalszym zaznajamianiu pacjenta z modelem terapii poznawczo-behawioralnej oraz śledzeniu jego reakcji werbalnych i niewerbalnych. Jeśli problemem jest po prostu niedostateczne zaznajomienie z terapią, reakcja pacjenta jest stosunkowo neutralna (lub nieco samokrytyczna) i wkrótce zaczyna on przestrzegać ustalonego porządku.

TERAPEUTA: Czy mogę panu na chwilę przerwać? Czy możemy wrócić do tego, co się stało, kiedy zadzwonił pan do kolegi?

PACJENT: Tak, oczywiście.

Jeśli pacjent nie reaguje pozytywnie, to niewątpliwie postrzega prośbę terapeuty w negatywny sposób, należy zatem zmienić podejście.

Scanned by CamScanner

PACJENT: (*poirytowany*) Ale ta sprawa z moją matką naprawdę mnie niepokoi.

TERAPEUTA: O, czy powinniśmy zatem poświęcić kilka minut pana matce? Może nam jednak nie wystarczyć czasu, żeby wrócić do rozmowy o Dawidzie. Czy to panu odpowiada?

Problemy mogą się pojawić także wtedy, kiedy terapeuta narzuca porządek sesji w sposób apodyktyczny lub jest wobec pacjenta zbyt wymagający. Jeśli pacjent nie chce udzielić terapeucie szczerych informacji zwrotnych na ten temat, terapeuta może nie wiedzieć, że popełnił błąd. W takiej sytuacji powinien przejrzeć nagranie z sesji albo, jeszcze lepiej, poprosić o jego przejrzenie innego terapeutę lub superwizora. Na następnej sesji może naprawić problem, modelując jednocześnie formułowanie przeprosin: „Wydaje mi się, że w zeszłym tygodniu zachowałem się zbyt apodyktycznie. Bardzo przepraszam, naprawdę mi zależy, aby pani akceptowała porządek sesji terapeutycznej".

Poniżej przedstawiono typowe problemy związane z poszczególnymi etapami sesji, z wyjątkiem poważnych błędów popełnianych przez terapeutę.

SPRAWDZENIE NASTROJU

Powszechne problemy wiążą się z tym, że pacjent nie wypełnia formularzy, jest nimi poirytowany lub ma trudności z subiektywnym (i zwięzłym) opisem ogólnego nastroju w ciągu tygodnia. Jeśli problemem jest po prostu niewystarczające zaznajomienie pacjenta z wypełnianiem formularzy, terapeuta może go zapytać, czy pamięta powody, dla których powinien to robić, i czy się z nimi zgadza, a następnie sprawdzić, czy istnieje jakaś praktyczna trudność, którą należy rozwiązać (np. brak czasu, zapominanie lub problemy z pisaniem).

Jeżeli prośba o wypełnianie formularzy irytuje pacjenta, terapeuta może go zapytać, jakie automatyczne myśli przychodzą mu do głowy w związku z tą czynnością. Może też zapytać go o znaczenie tej sytuacji: „Co jest najgorsze w wypełnianiu formularzy?" lub „Co *oznacza* dla pana prośba o wypełnienie formularzy?". Terapeuta może empatycznie zareagować na obawy i wątpliwości pacjenta, pomóc mu w ocenie odpowiednich myśli i przekonań oraz zastosować procedurę rozwiązywania problemów. Poniżej przedstawiono trzy przykłady opisanych reakcji terapeuty.

PACJENT: Te formularze tak naprawdę mnie nie dotyczą. Połowa pytań nie odnosi się do mojej sytuacji.

TERAPEUTKA: Tak, wiem, ale są one przydatne dla mnie – mogę rzucić na nie okiem i wyrobić sobie ogólny pogląd. Dzięki temu nie muszę zasypywać pana dziesiątkami pytań. Czy zechce je pan wypełnić znowu za tydzień? Jeśli nadal będzie pan miał z tym trudności, porozmawiamy o tym jeszcze.

W następnym przykładzie pacjent jasno wyraża swoją irytację, wybierając określone słowa i intonację oraz stosując mowę ciała.

PACJENT: To strata czasu. Połowa pytań nie odnosi się do mojej sytuacji.

TERAPEUTKA: Co jest najgorsze w wypełnianiu tych formularzy?

PACJENT: Jestem bardzo zajęty. Mam wiele spraw na głowie. Jeśli będę musiał dodatkowo wykonywać bezsensowne zadania, nigdy niczego nie doprowadzę do końca.

TERAPEUTKA: Widzę, że jest pan mocno poirytowany. Ile czasu zabiera panu wypełnienie tych formularzy?

PACJENT: ... Nie wiem. Chyba kilka minut.

TERAPEUTKA: Wiem, że niektóre pytania nie odnoszą się do pana sytuacji, ale tak naprawdę pozwalają nam zaoszczędzić czas podczas sesji terapeutycznej, gdyż wówczas nie muszę zadawać panu tych pytań. Czy możemy spróbować rozwiązać ten problem i przekonać się, czy znajdzie pan czas w ciągu tygodnia, aby je wypełnić?

PACJENT: To nie jest aż taki problem. Będę to robić. Następnym razem po prostu wyjdę trochę wcześniej z pracy.

Unikałam tutaj bezpośredniego oceniania adekwatności automatycznych myśli pacjenta, ponieważ był on poirytowany, i wyczuwałam, że odbierze on tego rodzaju pytania negatywnie. Zamiast tego przedstawiłam uzasadnienie i uświadomiłam mu, że zadanie to nie jest tak czasochłonne, jak się wydaje.

W trzecim przypadku stwierdzam, że dalsze przekonywanie pacjenta, aby wypełniał formularze, źle wpłynie na i tak słabe przymierze terapeutyczne.

PACJENT: (*ze złością*) Nienawidzę tych formularzy. One nie dotyczą mojej sytuacji. Wiem, że pani chce, żebym je wypełniał, ale mówię pani, że to bez sensu.

TERAPEUTKA: Zatem zrezygnujmy z nich, przynajmniej na razie. Chciałabym jednak wyrobić sobie pojęcie o pana samopoczuciu w minionym tygodniu. Może mógłby

Scanned by CamScanner

pan po prostu ocenić swoje emocje w skali od 0 do 100 lub od 0 do 10.

Jeszcze inny problem pojawia się wtedy, kiedy pacjent ma trudności z subiektywnym opisem swojego nastroju dlatego, że nie robi tego dostatecznie zwięźle, lub dlatego, że ma trudności z nazywaniem swoich emocji. W takiej sytuacji terapeuta może mu uprzejmie przerwać i albo zadać szczegółowe pytania, albo zademonstrować właściwą reakcję.

TERAPEUTKA: Czy mogę panu na moment przerwać? Czy może pan jednym zdaniem opisać swój nastrój w tym tygodniu w porównaniu z poprzednim? *Bardzo chciałabym* usłyszeć więcej o pana problemie z bratem, ale za parę minut. Najpierw chciałabym się dowiedzieć, czy ogólnie czuł się pan lepiej, gorzej czy tak samo w porównaniu z ostatnim tygodniem.

PACJENT: Chyba trochę gorzej.

TERAPEUTKA: Odczuwał pan większy lęk? Smutek? Większą złość?

PACJENTKA: Może nieco większy lęk. Byłem mniej więcej tak samo smutny i raczej nie czułem złości.

Jeśli pacjent ma problem z nazwaniem nastroju, terapeuta może zareagować inaczej:

TERAPEUTKA: Wydaje mi się, że trudno panu dokładnie określić swoje uczucia. Może powinniśmy dodać do programu sesji punkt „rozpoznawanie emocji"?

W czasie sesji terapeuta może skorzystać z technik opisanych w rozdziale 10, aby nauczyć pacjenta nazywania emocji.

UAKTUALNIENIE DANYCH

Częsta trudność pojawia się wtedy, gdy pacjent rozpoczyna spotkanie od zbyt szczegółowego opisu lub chaotycznej i rozwlekłej opowieści o wydarzeniach z minionego tygodnia. Po kilku takich zdaniach terapeuta powinien uprzejmie wtrącić:

TERAPEUTKA: Pozwoli pani, że przerwę... Ważne, abym wyrobiła sobie ogólne pojęcie na temat pani samopoczucia. Czy mogłaby mi pani po prostu opowiedzieć o minionym tygodniu w trzech lub czterech zdaniach. Czy ogólnie był to dla pani dobry tydzień? Czy może zły? A może miała pani gorsze i lepsze chwile?

Jeśli pacjent nadal zagłębia się w szczegóły, zamiast przedstawić szerszy obraz, terapeuta może zademonstrować, o jaki rodzaj informacji mu chodzi.

TERAPEUTA: Mam wrażenie, że chce pani powiedzieć: „Miałam nie najlepszy tydzień. Posprzeczałam się z koleżanką, odczuwałam lęk przed wyjściem z domu i nie potrafiłam się skoncentrować na pracy". Czy to się zgadza?

Niektórzy pacjenci rozumieją, o co chodzi, i potrafią zwięźle opisać miniony tydzień, ale *celowo* tego nie robią. Jeśli terapeuta podejrzewa, że wypytywanie pacjenta o jego niechęć do przestrzegania zasad terapii może narazić na szwank przymierze terapeutyczne, to na początku może mu pozwolić kontrolować ten etap sesji. (Może to np. wywnioskować z werbalnych lub niewerbalnych reakcji pacjenta na próby strukturyzacji sesji, bezpośrednich wypowiedzi na temat jego zdecydowanych preferencji dotyczących przebiegu terapii albo relacji o silnej reakcji w przeszłości, kiedy inne osoby wydały mu się dominujące lub apodyktyczne).

Skrajne reakcje na strukturyzację nie są jednak częste. Terapeuta może zazwyczaj rzeczowo wydobyć od pacjenta powody jego niechęci, a następnie zastosować procedurę rozwiązywania problemów. Kiedy poprosi pacjenta o bardziej zwięzłe omówienie ostatniego tygodnia i zauważy negatywną zmianę nastroju, może zapytać: „Kiedy przed momentem poprosiłem pana o przedstawienie ogólnego obrazu, jaka myśl przyszła panu do głowy?". Po rozpoznaniu automatycznych myśli pacjenta terapeuta może: 1) pomóc mu w zweryfikowaniu ich prawdziwości, 2) zastosować metodę sondowania (zob. s. 220–221), aby odkryć ich znaczenie i/lub 3) okazać empatię i natychmiast przejść do rozwiązywania problemu, tak jak w poniższym fragmencie:

TERAPEUTA: Przykro mi, że znowu musiałem pani przerwać. Widzę, że wiele spraw zaprząta pani umysł i *naprawdę* chciałbym tego wysłuchać. Czy chce pani kontynuować omawianie wydarzeń z poprzedniego tygodnia, czy też powinniśmy dodać ten punkt do programu sesji? Chciałbym po prostu mieć pewność, że wiem o wszystkich problemach, o których chce pani dzisiaj porozmawiać.

To drugie rozwiązanie jest zazwyczaj lepsze niż ocenianie myśli w sytuacji, kiedy pacjent jest szczególnie poirytowany. Okazując troskę i chęć kompromisu, terapeuta często może zmodyfikować wrażenie pacjenta, że jest zbyt apodyktyczny.

Scanned by CamScanner

NAWIĄZANIE DO POPRZEDNIEJ SESJI

Problemy pojawiają się wtedy, gdy pacjent dostarcza zbyt dużo lub zbyt mało informacji. Na przykład poproszony o opisanie ważnych wydarzeń z poprzedniego tygodnia pacjent może przedstawić zanadto szczegółowy opis, powodując, że konieczna będzie interwencja terapeuty. Może też wzruszyć ramionami lub powiedzieć, że nic mu nie przychodzi do głowy, a terapeuta będzie musiał albo zadać bardziej szczegółowe pytanie („Co się stało, kiedy weszła pani do gabinetu profesora?"), albo wrócić do tego pytania nieco później, jeśli nie zebrał potrzebnych danych. Pacjent może mieć także trudności z przypomnieniem sobie ważnych kwestii z poprzedniej sesji, zwłaszcza jeśli terapeuta nie dopilnował, aby pacjent wziął ze sobą notatki z terapii albo jeśli pacjent nie przeczytał swoich notatek w trakcie pracy osobistej.

Najczęstsze trudności w ustalaniu programu sesji pojawiają się wtedy, gdy pacjent nie włącza się w ustalanie programu, rozwlekle przedstawia swoje problemy lub uważa, że omawianie punktów programu nie ma sensu. Pacjent, który nie chce się włączyć w ustalanie planu, mógł nie zostać odpowiednio zaznajomiony z procesem terapii (lub jest zbyt speszony nazywaniem konkretnych problemów) bądź też może przypisywać jakieś szczególne negatywnie znaczenie swojemu zaangażowaniu. Te dwa przypadki ilustrują poniższe fragmenty:

TERAPEUTKA: Nad jakim problemem czy problemami chciałby pan dzisiaj ze mną pracować?

PACJENT: ... Nie wiem.

TERAPEUTKA: Jakie miał pan problemy w minionym tygodniu? A może spodziewa się pan jakichś kłopotów w tym tygodniu?

PACJENT: Nie wiem. Chyba nic się nie zmienia.

TERAPEUTKA: Kiedy miał pan najgorsze samopoczucie w tym tygodniu?

PACJENT: (*myśli*) Nie wiem. Cały tydzień był straszny.

TERAPEUTKA: Czy pana zdaniem czuł się pan najgorzej w ciągu dnia, kiedy był pan w pracy, czy wieczorem?

PACJENT: Chyba wieczorem.

TERAPEUTKA: W porządku. Czy możemy włączyć do programu punkt „wieczory", żeby zobaczyć, czy da się w jakiś sposób poprawić pana nastrój o tej porze dnia?

PACJENT: Zgoda.

Pod koniec sesji proszę pacjenta, aby dodał zadanie do swojej pracy osobistej: zastanowić się, nad jakimi problemami chce pracować na następnej sesji. Jeżeli za tydzień pacjent znowu nie włączy się w ustalanie programu – mimo że wcześniej wspomni o tym, iż faktycznie doświadczył pewnych trudności – mogę zapytać go o automatyczne myśli i/lub znaczenie mojej prośby.

TERAPEUTKA: Czy zastanowił się pan, nad jakimi problemami chce pan pracować?

PACJENT: (*z pewną irytacją w głosie*) Tak. Ale nic nie wymyśliłem.

TERAPEUTKA: Co pan czuł, kiedy się pan nad tym zastanawiał? Irytację?

PACJENT: Może odrobinę.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przychodziły panu do głowy?

PACJENT: Nie jestem pewien, czy ta terapia jest dla mnie odpowiednia.

TERAPEUTKA: Dobrze, że mi pan o tym mówi. Czy ma pan jakiś pomysł, co mogłoby panu bardziej pomóc?

PACJENT: Mój ostatni terapeuta pozwalał mi opowiadać o tym, o czym chciałem. Nie kazał mi decydować na początku.

TERAPEUTKA: A zatem kiedy proszę pana o nazwanie problemów, nad którymi chciałby pan pracować, czuje się pan nieco osaczony?

PACJENT: Tak, chyba tak.

TERAPEUTKA: Zastanówmy się zatem wspólnie, jak to zmienić. Czy chciałby pan pominąć ustalanie programu na samym początku naszych sesji? Mógłby pan przychodzić i przez pierwsze 10 minut mówić to, co pan chce? Potem chciałabym podsumować pana wypowiedź, tak żeby mieć pewność, że pana dobrze zrozumiałam. Następnie moglibyśmy wybrać coś z tego, o czym pan mówił, i skupić się na tym w następnej części sesji. (*pauza*) Czy odpowiada to panu?

PACJENT: Bardziej.

TERAPEUTKA: Czy jest jeszcze coś, co pana niepokoi w związku z tą terapią?

PACJENT: Nie, chyba nie.

TERAPEUTKA: Czy powie mi pan, jeśli coś panu przyjdzie do głowy?

PACJENT: W porządku.

Scanned by CamScanner

Reakcja tego pacjenta była nietypowa. Większość pacjentów znacznie łatwiej oswaja się z ustalaniem programu. W tym jednak przypadku uznałam, że dalsze naciskanie na pacjenta może go zrazić, dlatego wyraziłam pragnienie wspólnego „naprawienia" problemu. Na początku potrzebował on bardziej elastycznego podejścia do strukturyzacji sesji, ale tak szybko, jak to było możliwe, skłoniłam go do przestrzegania bardziej standardowego porządku.

Pacjenci, którzy podczas ustalania programu snują rozwlekłą opowieść lub wdają się w szczegółowy opis problemu, zamiast go nazwać, zazwyczaj wymagają dalszych instrukcji.

TERAPEUTKA: (*uprzejmie przerywając*) Czy mogę panu na chwilę przerwać? Czy powinniśmy określić to jako „problem z szefem"?

PACJENT: Tak.

TERAPEUTKA: Dobrze. Czy może pan nazwać jakikolwiek inny problem, nad którego rozwiązaniem chciałby pan dzisiaj pracować?

Jeżeli na następnym spotkaniu pacjent nadal opisuje problemy, zamiast je nazywać, można go poprosić o zanotowanie punktów programu w ramach pracy osobistej (zob. rycina 7.1, s. 109).

Trzecia trudność w ustalaniu programu pojawia się wtedy, gdy pacjent uważa, że rozmowa o jego problemach nie ma sensu. W tym wypadku próbuję go ukierunkować na ich rozwiązywanie.

TERAPEUTKA: Dobrze. W dzisiejszym programie sesji mamy takie problemy jak zmęczenie, uporządkowanie spraw finansowych i zrównoważenie budżetu domowego. Czy coś jeszcze?

PACJENT: (*wzdycha*) Nie... Tak... Nie wiem... To wszystko mnie przytłacza. Chyba nic mi nie pomoże.

TERAPEUTKA: Pana zdaniem nasza rozmowa o pańskich problemach nie pomoże?

PACJENT: Nie. Po co to? Nie zmieni pani tego, że mam takie długi i jestem tak zmęczony, że przeważnie nie mogę się zwlec rano z łóżka – nie wspominając o tym, że popełniam tyle błędów w pracy, że prawdopodobnie mnie wyrzucą.

TERAPEUTKA: No cóż, to prawda, że wszystkiego naraz nie naprawimy. No i rzeczywiście ma pan problemy, nad którymi musimy wspólnie popracować. Gdybyśmy mieli dzisiaj czas tylko na *jedną* rzecz, to czym powinniśmy się zająć?

PACJENT: Nie wiem... Może zmęczeniem. Gdybym mógł rano wstać z łóżka, może udałoby mi się więcej zrobić.

W tym wypadku wysyłam pacjentowi komunikat, że jego problemy są prawdziwe, że można nad nimi po kolei pracować i że nie musi on zmagać się z nimi sam. Postawienie pacjenta w sytuacji wymuszonego wyboru *pomaga* mu w skupieniu się na wybraniu problemu i ukierunkowuje go na jego rozwiązanie. Gdyby pacjent odmówił dokonania wyboru, mogłabym wypróbować inną taktykę:

TERAPEUTKA: Wydaje się, że jest w panu niewiele nadziei. Nie jestem pewna, czy wspólną pracą coś zdziałamy, ale chciałabym spróbować. Czy byłby pan skłonny to zrobić? Czy moglibyśmy porozmawiać o zmęczeniu przez kilka minut, żeby zobaczyć, co się stanie?

Uznanie poczucia beznadziejności u pacjenta i tego, że nie mogę zagwarantować sukcesu, spowodowało, że pacjent stał się bardziej chętny do eksperymentowania z rozwiązywaniem problemu.

OMÓWIENIE PRACY OSOBISTEJ

Typowy problem pojawia się wtedy, gdy terapeuta – chcąc jak najszybciej przejść do spraw umieszczonych w programie – nie pyta pacjenta o pracę osobistą wykonaną w minionym tygodniu. Terapeucie łatwiej będzie pamiętać o jej omówieniu, jeśli umieści to w programie jako standardowy punkt i jeśli przejrzy notatki z poprzedniej sesji przed przybyciem pacjenta. Czasami pojawia się problem przeciwny, kiedy terapeuta zbyt szczegółowo omawia pracę osobistą (niezwiązaną z obecnym zmartwieniem pacjenta) przed przejściem do punktów programu pacjenta. Inne problemy związane z pracą osobistą zostaną omówione w rozdziale 17.

OMÓWIENIE PUNKTÓW PROGRAMU

Typowe problemy pojawiające się na tym etapie sesji to poczucie beznadziejności u pacjenta, rozmowa nieukierunkowana lub pełna dygresji, nieefektywna organizacja czasu oraz nieudana interwencja terapeutyczna. Z *rozmową nieukierunkowaną* zazwyczaj mamy do czynienia wtedy, kiedy terapeuta nie strukturyzuje odpowiednio rozmowy przez uprzejme przerywanie pacjentowi (co naprowadza go z powrotem na omawiany temat), nie uwypukla *głównych* myśli automatycznych, emocji, przekonań i zachowań oraz nie dokonuje częstych podsumowań. W poniższym fragmencie podsumowuję kil-

Scanned by CamScanner

kuminutową wypowiedź pacjentki i ukierunkowuję ją na rozpoznawanie automatycznych myśli:

TERAPEUTKA: Chcę się upewnić, że dobrze rozumiem. Wczoraj pokłóciła się pani z siostrą. Przypomniała sobie pani poprzednie nieporozumienia i zaczęła w pani narastać złość. Wieczorem znowu pani do niej zadzwoniła, a ona zaczęła panią krytykować za to, że nie pomaga jej pani w opiece nad matką. Czy to się zgadza?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani do głowy, gdy siostra powiedziała: „Jesteś czarną owcą w tej rodzinie"?

Organizacja czasu często staje się problemem wtedy, gdy terapeuta przeszacowuje liczbę problemów, jakie można omówić podczas jednej sesji terapeutycznej. Najlepiej ustalić hierarchię ważności, a następnie wybrać dwa problemy do omówienia (lub być może jeszcze trzeci) – dotyczy to zwłaszcza początkujących terapeutów o orientacji poznawczo-behawioralnej. Terapeuta i pacjent powinni razem kontrolować upływ czasu i wspólnie zdecydować, co robić, gdy zaczyna go brakować. W praktyce oznacza to, że w gabinecie powinny być dwa zegary (jeden widoczny dla terapeuty, a drugi dla pacjenta):

TERAPEUTKA: Mamy jeszcze dziesięć minut, potem będziemy powoli kończyć spotkanie. Czy chce pani kontynuować rozmowę o problemie z sąsiadem, czy woli pani skończyć ten temat za minutę lub dwie, abyśmy miały czas na omówienie sprawy koleżanki z pracy?

Trzeci rodzaj trudności pojawia się wtedy, gdy terapeucie *nie udaje się przeprowadzić interwencji terapeutycznej*. Na ogół samo opisanie problemu lub rozpoznanie związanych z nim dysfunkcjonalnych myśli lub przekonań *nie* doprowadzi do poprawy samopoczucia pacjenta. Terapeuta musi pamiętać, że jego celem (w czasie samej sesji) jest udzielenie pacjentowi pomocy w podważeniu jego dysfunkcjonalnych treści poznawczych, rozwiązanie (choćby częściowe) problemu i wyznaczenie zadań, które mają zmniejszyć trudności pacjenta albo poprawić jego samopoczucie. W ciągu całej sesji terapeuta powinien sobie zadawać pytania:

„Co mogę zrobić, żeby pacjent miał lepsze samopoczucie pod koniec sesji?"
„Co mogę zrobić, żeby pacjent w lepszym nastroju przeżył kolejny tydzień?"

WYZNACZANIE NOWEJ PRACY OSOBISTEJ

Pacjenci mniej chętnie wykonują zadanie, gdy terapeuta:

- Proponuje zadanie zbyt trudne lub niezwiązane ze zmartwieniami pacjenta.
- Nie przedstawi dobrego uzasadnienia.
- Zapomni omówić pracę osobistą wyznaczoną na poprzednich sesjach.
- Nie podkreśli znaczenia codziennej pracy osobistej i konkretnych zadań.
- Nie wyjaśni pacjentowi dokładnie, jak wykonać określone zadanie.
- Nie rozpocznie tego zadania na sesji, nie przeprowadzi próby w wyobraźni (s. 326–328) i nie zapyta o ewentualne przeszkody w jego wykonaniu.
- Nie poprosi pacjenta o zapisanie zadania.
- Bez porozumienia z pacjentem wyznaczy zadanie, którego pacjent nie chce wykonać.

Gdy nie zachodzi żadna z wymienionych powyżej okoliczności, terapeuta spróbuje się upewnić, czy pacjent nie wyznaje dysfunkcjonalnych przekonań na temat pracy osobistej (np. „Ciężka praca nie jest potrzebna do tego, żebym poczuła się lepiej", „Terapeuta powinien mnie wyleczyć bez wysiłku z mojej strony", „Brak mi kompetencji do wykonania tego zadania", „To zadanie jest banalne i na pewno mi nie pomoże"). Następnie terapeuta pomoże pacjentowi nazwać i zweryfikować dysfunkcjonalne myśli na temat pracy osobistej. Praca osobista zostanie omówiona szerzej w rozdziale 17.

KOŃCOWE PODSUMOWANIE

Terapeuta co pewien czas będzie dokonywał podsumowań w celu upewnienia się, że rozumie to, co pacjent chciał powiedzieć. Jeśli terapeuta trzymał się standardowej procedury i upewnił się, że ważne kwestie poruszane na sesji były na bieżąco zapisywane, końcowe podsumowanie może polegać na szybkim przejrzeniu tych notatek i streszczeniu wszelkich innych tematów, które były omawiane, oraz zadań. Jeżeli pacjent nie może się odnieść do notatek, zazwyczaj ma trudności z podsumowaniem wizyty i zapamiętaniem ważnych wniosków, jakie wyciągnął.

Scanned by CamScanner

INFORMACJE ZWROTNE

Problemy pojawiają się wówczas, gdy pod koniec sesji pacjent jest przygnębiony i brakuje czasu na skuteczną interwencję albo pacjent jest zmartwiony, ale nie dzieli się swoimi troskami z terapeutą. Praktycznym rozwiązaniem problemu braku czasu jest rozpoczęcie ostatniego etapu sesji pięć do dziesięciu minut przed końcem. Terapeuta może wówczas omówić wyznaczoną pracę osobistą, zastanowić się wspólnie z pacjentem, czy mogą być przydatne jakieś inne zadania, podsumować przebieg sesji lub poprosić o to pacjenta oraz uzyskać informacje zwrotne i odpowiedzieć na nie. Poniżej pokazano przykładową odpowiedź na negatywne informacje zwrotne:

TERAPEUTKA: Co pani myśli o dzisiejszej sesji? Czy coś źle zrozumiałam? Albo czy powiedziałam coś, co panią zaniepokoiło?

PACJENTKA: Chyba nie zdaje sobie pani sprawy, jak trudno jest mi robić pewne rzeczy. Mam tyle obowiązków i problemów. Łatwo *pani* mówić, że mam się skoncentrować na pracy i zapomnieć o tym, co się wydarzyło między mną a szefem.

TERAPEUTKA: O, dobrze, że mi pani o tym mówi – i jest mi przykro, że tak pani odebrała moje słowa. Chciałam powiedzieć, że rozumiem, jak bardzo martwi panią konflikt z szefem. Szkoda, że nie mamy czasu, żeby porozmawiać o nim teraz. (*pauza*) Tymczasem jednak chcę się dowiedzieć, czy jakieś moje słowa czy gest skłoniły panią do pomyślenia, że moim zdaniem powinna pani po prostu całkiem zapomnieć o tym problemie?

Następnie wyjaśniłam nieporozumienie i zgodziłyśmy się dołączyć ten problem do programu następnej sesji.

Terapeuci na wszystkich poziomach doświadczenia napotykają trudności w strukturyzacji sesji z niektórymi pacjentami. Staranne przejrzenie nagrań z terapii może być nieocenioną pomocą w rozpoznaniu, a następnie rozwiązaniu tych problemów. Szerszy opis konceptualizacji i modyfikacji problemów pojawiających się w czasie sesji można znaleźć w pracy J.S. Beck (2005).

ROZDZIAŁ 9

ROZPOZNAWANIE AUTOMATYCZNYCH MYŚLI

Zgodnie z modelem poznawczym interpretacja danej sytuacji (nie zaś sama sytuacja), często znajdująca wyraz w myślach automatycznych, wpływa na nasze emocje, zachowania i reakcje fizjologiczne. Oczywiście niektóre zdarzenia – na przykład napaść czy odrzucenie – są stresujące niemal dla każdego. Osoby z zaburzeniami psychicznymi często jednak błędnie interpretują neutralne, a nawet pozytywne sytuacje i dlatego ich automatyczne myśli bywają tendencyjne. Krytyczna analiza myśli i skorygowanie błędów w myśleniu często prowadzi do poprawy ich samopoczucia.

W niniejszym rozdziale omówiono charakterystyczne cechy automatycznych myśli, a następnie opisano, jak:

- Wyjaśnić pacjentom charakter automatycznych myśli.
- Wydobyć i sformułować automatyczne myśli.
- Nauczyć pacjentów rozpoznawania automatycznych myśli.

CHARAKTERYSTYCZNE CECHY AUTOMATYCZNYCH MYŚLI

Automatyczne myśli współwystępują z bardziej jawnym strumieniem myśli (Beck, 1964). Nie występują one jedynie u osób z dolegliwościami psychicznymi, lecz są doświadczeniem wspólnym nam wszystkim. Zwykle ich sobie nie uświadamiamy, choć przy odrobinie wysiłku i ćwiczeń łatwo je przenieść w sferę świadomości. Kiedy uświada-

Scanned by CamScanner

miamy sobie własne myśli, możemy automatycznie skonfrontować je z rzeczywistością, o ile nie cierpimy na dysfunkcję psychiczną.

Na przykład czytelnikowi tego podręcznika, skupiającemu się na treści niniejszego rozdziału, może przyjść do głowy automatyczna myśl: „Nie rozumiem tego", wywołując u niego lekki niepokój. Może on jednak spontanicznie (tzn. poza świadomością) zareagować na tę myśl w sposób konstruktywny: „*Trochę* przecież rozumiem – przeczytam ten akapit jeszcze raz".

Tego rodzaju automatyczne konfrontowanie myśli z rzeczywistością i podważanie negatywnych myśli jest naszym wspólnym doświadczeniem. Osoby mające problemy psychiczne nie zawsze jednak przeprowadzają tego rodzaju krytyczne badanie. W trakcie terapii poznawczo-behawioralnej uczą się, jak oceniać swoje myśli w sposób świadomy i usystematyzowany, zwłaszcza kiedy odczuwają niepokój.

Na przykład u Sally podczas czytania podręcznika ekonomii pojawia się ta sama myśl, która trapiła hipotetycznego czytelnika: „Nie rozumiem tego". Moja pacjentka popada jednak w skrajność: „I *nigdy* tego nie zrozumiem". Przyjmuje, że jej myśli są zgodne z rzeczywistością, i ogarnia ją smutek. Po przyswojeniu sobie narzędzi terapii poznawczo-behawioralnej może ona jednak potraktować swoją negatywną emocję jako sygnał do tego, aby poszukać, rozpoznać i ocenić swoje myśli, a następnie sformułować bardziej przystosowawczą odpowiedź: „Zaraz, zaraz... przecież to nieprawda, że nigdy tego nie zrozumiem. Teraz mam pewne trudności, ale jeśli przeczytam tekst jeszcze raz albo powrócę do niego, kiedy będę bardziej wypoczęta, może zrozumiem go lepiej. Tak czy inaczej zrozumienie go nie jest mi niezbędne do życia, a w razie potrzeby mogę poprosić kogoś o pomoc".

Choć myśli automatyczne wydają się pojawiać spontanicznie, to jednak po rozpoznaniu leżących u ich podłoża przekonań pacjenta stają się dość przewidywalne. Terapeuta chce rozpoznać te myśli, które są dysfunkcjonalne – czyli te, które zniekształcają rzeczywistość, powodują cierpienie emocjonalne lub utrudniają pacjentowi osiągnięcie jego celów. Dysfunkcjonalne myśli automatyczne są niemal zawsze negatywne, chyba że pacjent ma manię lub hipomanię, narcystyczne zaburzenie osobowości albo nadużywa substancji psychoaktywnych.

Automatyczne myśli zwykle są dość krótkie. Częściej niż samą myśl pacjent uświadamia sobie emocje, jakie ona wywołuje. Na przykład podczas sesji terapeutycznej pacjent może być w pewnym sensie świadomy lęku, smutku, irytacji lub zażenowania, ale automatyczne myśli uświadamia sobie dopiero wtedy, gdy terapeuta zapyta go o nie.

Odczuwane emocje logicznie wiążą się z treścią automatycznych myśli. Pacjent myśli na przykład: „Jestem durniem. Nie rozumiem, o czym mówią ci ludzie [na zebraniu]", i czuje smutek. Innym razem myśli: „Ona [żona] mnie nie docenia", i czuje złość. Kiedy przychodzi

mu do głowy myśl: „Co będzie, jeśli nie otrzymam kredytu? Co wtedy zrobię?", czuje lęk.

Automatyczne myśli często mają formę „skrótową", ale bez trudu dają się rozwinąć, gdy terapeuta zapyta o ich *znaczenie*. Na przykład „O nie!" u jednego pacjenta oznaczało: „[Mój szef] da mi za dużo pracy". „Cholera!" u innego pacjenta wyrażało myśl: „Zostawiłem komórkę w domu – ależ ze mnie głupiec".

Automatyczne myśli mogą przybierać formę werbalną, wizualną (wyobrażenia) lub taką i taką. U wspomnianego wyżej pacjenta werbalnej automatycznej myśli („O nie!") towarzyszyło wyobrażenie, jak siedzi sam przy biurku do późna w nocy, trudząc się wyliczaniem podatku (opis myśli automatycznych w formie wyobrażeń zob. rozdział 16).

Myśli automatyczne można oceniać pod kątem ich *prawomocności* i *użyteczności*. Najczęściej spotykany rodzaj myśli automatycznej to myśli w jakiś sposób zniekształcone i pojawiające się mimo istnienia obiektywnych dowodów na rzecz tezy przeciwnej. Drugi rodzaj myśli automatycznych jest adekwatny, ale *wnioski*, jakie pacjent z nich wyciąga, mogą być zniekształcone. Na przykład: „Nie dotrzymałam słowa danego koleżance", jest myślą prawomocną, ale wniosek: „Dlatego jestem złym człowiekiem", już taki nie jest.

Trzeci rodzaj automatycznych myśli jest także prawomocny, ale zdecydowanie dysfunkcjonalny. Sally uczyła się do egzaminu i pomyślała: „To potrwa jeszcze parę godzin – położę się spać najwcześniej o trzeciej nad ranem". Ta myśl była niewątpliwie zgodna z rzeczywistością, ale podsyciła lęk pacjentki oraz obniżyła koncentrację i motywację. Rozsądna odpowiedź na tę myśl podważyłaby jej *użyteczność*. „To prawda, że dokończenie nauki zajmie mi sporo czasu, ale dam sobie radę. Już nieraz tak było. Rozmyślanie o tym, ile czasu mi jeszcze potrzeba, tylko mnie przygnębia. Nie będę mogła się koncentrować i nauka potrwa jeszcze dłużej. Lepiej się skupić na poszczególnych partiach materiału i wyrazić sobie uznanie za wykonaną pracę". Ocena prawomocności i/lub użyteczności automatycznych myśli oraz przystosowawcze odpowiedzi na nie zazwyczaj pozytywnie wpływają na nastrój.

Jak widać, automatyczne myśli współwystępują z bardziej jawnym strumieniem myśli. Pojawiają się spontanicznie i nie są wynikiem namysłu czy zastanowienia. Częściej uświadamiamy sobie towarzyszącą im emocję, ale po niewielkim przeszkoleniu możemy się nauczyć ich rozpoznawania. Myśli odnoszące się do problemów osobistych są powiązane z *określonymi* emocjami, w zależności od ich treści i znaczenia. Często są krótkie, przelotne i skrótowe oraz mogą przybierać formę werbalną i/lub wyobrażeniową. Zazwyczaj przyjmujemy je za prawdę, nie zastanawiając się nad nimi ani ich nie oceniając. Rozpoznanie, ocena i (bardziej przystosowawcza) odpowiedź na automatyczne myśli zazwyczaj powodują pozytywną zmianę nastroju.

Scanned by CamScanner

WYJAŚNIANIE CHARAKTERU AUTOMATYCZNYCH MYŚLI

Warto wyjaśnić pacjentowi istotę automatycznych myśli za pomocą jego własnych przykładów. W kontekście omawiania konkretnego problemu z pacjentem terapeuta będzie wydobywał automatyczne myśli związane z tym problemem.

TERAPEUTKA: [przechodzi do pierwszego punktu programu] Czy powinnyśmy porozmawiać o tym, jak się pani zmartwiła wczoraj w parku?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Co pani czuła? Smutek? Lęk? Złość?

PACJENTKA: Smutek.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani wówczas do głowy?

PACJENTKA: [dalej opisuje tę sytuację zamiast wymienienia automatycznych myśli] Patrzyłam na innych ludzi w parku, rozmawiających, bawiących się na trawniku.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani do głowy, gdy pani na nich patrzyła?

PACJENTKA: Nigdy nie będę taka jak oni.

TERAPEUTKA: W porządku. [przeprowadza psychoedukację] Właśnie rozpoznała pani coś, co nazywamy *myślą automatyczną*. Wszyscy je miewamy. Są to myśli, które wydają się wpadać nam do głowy nie wiadomo skąd. Nie staramy się celowo o nich myśleć, dlatego określamy je jako automatyczne. Na ogół są one bardzo przelotne, dlatego znacznie lepiej uświadamiamy sobie wywołaną nimi emocję – w tym przypadku smutek. Często myśli te są w jakiś sposób zniekształcone. Ale my reagujemy, *jakby* były prawdziwe.

PACJENTKA: Hm...

TERAPEUTKA: Nauczymy panią rozpoznawać myśli automatyczne, a następnie oceniać je, żeby po prostu zobaczyć, w jakim stopniu są adekwatne. Na przykład za chwilę ocenimy myśl: „Nigdy nie będę taka jak oni". Co pani zdaniem stałoby się z pani emocjami, gdyby odkryła pani, że ta myśl nie odpowiada prawdzie – bo kiedy wyjdzie pani z depresji, zda pani sobie sprawę, że *jest* taka jak oni?

PACJENTKA: Poczułabym się lepiej.

Przedstawiam tutaj alternatywny scenariusz w celu zilustrowania modelu poznawczego. Później w czasie tej sesji za pomocą dialogu

sokratejskiego (zob. rozdział 11) przeanalizuję tę myśl z pacjentką, tak aby mogła ona sformułować własną przystosowawczą odpowiedź. W następnej części zapisuję automatyczną myśl, uwypuklając model poznawczy

Sytuacja: *Patrzenie na ludzi w parku*
↓
Myśl automatyczna: *„Nigdy nie będę taka jak oni"*
↓
Emocja: *Smutek*

TERAPEUTKA: Zapiszmy to. Kiedy pojawia się myśl: „Nigdy nie będę taka jak oni", czuje pani smutek. Czy widzi pani, że to myślenie wpływa na pani emocje?

PACJENTKA: Aha.

TERAPEUTKA: Nazywamy to *modelem poznawczym*. Podczas terapii nauczy się pani rozpoznawać swoje automatyczne myśli, kiedy zauważy pani u siebie zmianę nastroju. To pierwszy krok. Będziemy ćwiczyć, aż stanie się to dla pani łatwe. Następnie nauczy się pani oceniać swoje myśli i zmieniać je, jeśli nie będą one do końca słuszne. Czy na razie nasz plan jest jasny?

PACJENTKA: Chyba tak.

TERAPEUTKA: [sprawdza, czy pacjentka zrozumiała] Czy może pani własnymi słowami opisać związek między myślami a emocjami?

PACJENTKA: Czasami miewam myśli, które są złe i te myśli sprawiają, że moje samopoczucie się pogarsza... A co będzie, jeśli te myśli okażą się słuszne?

TERAPEUTKA: Dobre pytanie. Wówczas spróbujemy rozwiązać problem lub ustalimy, co jest w nich takiego złego, jeśli są one słuszne. Sądzę jednak, że odkryjemy wiele błędów w pani myśleniu, gdyż *ma* pani depresję. Nierealistyczne negatywne myśli zawsze występują w depresji. W każdym razie wspólnie sprawdzimy, czy pani myśli są słuszne, czy nie.

Pod koniec sesji ponownie upewniam się, czy pacjentka dobrze rozumie model poznawczy.

TERAPEUTKA: Powtórzmy jeszcze raz najważniejsze informacje. Jak pani rozumie zależność między myślami a emocjami?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: No cóż, czasami automatyczne myśli wpadają mi do głowy i przyjmuję je za prawdę. I wówczas czuję się... no nie wiem, smutna, zmartwiona...

TERAPEUTKA: Dobrze. Może w ramach pracy osobistej w tym tygodniu spróbuje pani rozpoznać kilka takich myśli?

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Dlaczego pani zdaniem zaproponowałam takie zadanie?

PACJENTKA: Bo czasami moje myśli nie są zgodne z prawdą i jeśli potrafię rozpoznać myśl, to będę mogła ją zmienić i poczuć się lepiej.

TERAPEUTKA: Zgadza się. W porządku. Zapiszmy to zadanie: Ilekroć zauważę zmianę nastroju lub moje samopoczucie się pogorszy, zadam sobie pytanie... Czy pamięta pani to pytanie?

PACJENTKA: Jakie myśli przyszły mi do głowy?

TERAPEUTKA: Dobrze! Proszę to zapisać.

WYDOBYWANIE AUTOMATYCZNYCH MYŚLI

Nauka rozpoznawania myśli automatycznych jest podobna do nauki innych umiejętności. Niektórym pacjentom (i terapeutom) przychodzi to dość łatwo i szybko. Innym potrzeba więcej wskazówek i ćwiczeń, zanim nauczą się rozpoznawać automatyczne myśli i wyobrażenia. Podstawowe pytanie, jakie będzie zadawał terapeuta, brzmi:

> ***„Jakie myśli przyszły panu/pani do głowy?"***

Terapeuta będzie zadawał to pytanie w dwóch przypadkach:

- Kiedy pacjent opisze zaistnienie problemowej sytuacji, zazwyczaj od czasu poprzedniej sesji terapeutycznej.
- Kiedy zauważy pojawienie się lub nasilenie negatywnej emocji podczas sesji.

Ten drugi przypadek często ma duże znaczenie i dlatego należy być wyczulonym na wszelkie werbalne i niewerbalne sygnały ze strony pacjenta, aby wydobyć jego „gorące treści poznawcze", czyli istotne automatyczne myśli i wyobrażenia, które pojawiają się w trakcie sesji terapeutycznej i wiążą się ze zmianą lub nasileniem emocji. Gorące treści poznawcze mogą dotyczyć pacjenta („Jestem do niczego"), terapeuty („Ona mnie nie rozumie") lub tematu rozmowy („To nie w porządku, że muszę tyle pracować"). Mogą one osłabiać motywację pacjenta lub obniżać jego poczucie własnej wartości i kompetencji. Mogą także przeszkadzać pacjentowi w koncentracji. Wreszcie mogą zakłócać relację terapeutyczną. Rozpoznanie automatycznych myśli pojawiających się w czasie sesji daje pacjentowi okazję do ich szybkiego zweryfikowania i podważenia, co może ułatwić pracę podczas pozostałej części sesji.

Skąd terapeuta wie, że u pacjenta nastąpiła zmiana nastroju? Jest on wyczulony na wszelkie sygnały niewerbalne – zmianę mimiki, napięcie mięśni, zmianę pozycji lub gesty wykonywane rękami. Do wskazówek werbalnych zalicza się zmiany intonacji, wysokości głosu, głośności oraz tempa mówienia. Zauważając określony sygnał, terapeuta wnioskuje o zmianie nastroju i sprawdza to, pytając pacjenta, jakie myśli przyszły mu przed chwilą do głowy.

Trudności w wydobywaniu automatycznych myśli

Jeśli pacjent nie potrafi odpowiedzieć na pytanie: „Jakie myśli przyszły panu/pani do głowy?", terapeuta może:

1. Zapytać go, co czuje i w którym miejscu ciała doświadcza tej emocji.
2. Poprosić pacjenta o szczegółowy opis problemowej sytuacji.
3. Poprosić pacjenta o zwizualizowanie przygnębiającej czy niepokojącej sytuacji.
4. Zaproponować, aby pacjent odegrał z nim konkretną interakcję (jeśli sytuacja ta miała charakter interpersonalny).
5. Wydobyć od pacjenta wyobrażenie.
6. Przedstawić myśli przeciwne do tych, które przypuszczalnie przyszły pacjentowi do głowy.
7. Zapytać pacjenta o znaczenie tej sytuacji.
8. Inaczej sformułować pytanie.

Techniki te zostały zilustrowane w zamieszczonych niżej fragmentach.

Uwydatnienie reakcji emocjonalnej i fizjologicznej

TERAPEUTKA: Kiedy zastanawiała się pani, czy na zajęciach zgłosić się do odpowiedzi, jakie myśli przychodziły pani do głowy?

PACJENTKA: Nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: Co pani czuła?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: Nie wiem. Chyba lęk.

TERAPEUTKA: Gdzie czuła pani ten lęk?

PACJENTKA: Tutaj (*wskazując na brzuch*). W dołku.

TERAPEUTKA: Czy teraz też ma pani takie uczucie?

PACJENTKA: (*przytakuje*).

TERAPEUTKA: A zatem siedzi pani na zajęciach, zastanawia się, czy się zgłosić, i czuje pani ten lęk w dołku... Jakie myśli przychodzą pani do głowy?

PACJENTKA: Jeśli coś powiem, nie wypadnie to dobrze. Inni będą mnie oceniać.

Wydobycie szczegółowego opisu

TERAPEUTKA: Więc siedziała pani sama w pokoju wczoraj wieczorem i zaczęło panią ogarniać przygnębienie?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani do głowy?

PACJENTKA: Nie wiem. Po prostu czułam się bardzo przybita, smutna.

TERAPEUTKA: Czy mogłaby pani opisać mi tę scenę? Która to była godzina? Czy była pani sama? Co pani robiła? Co jeszcze się wtedy działo?

PACJENTKA: To było około 18.15. Właśnie wróciłam z kolacji. W akademiku było całkiem pusto, ponieważ zjadłam wcześnie. Właśnie miałam wyjąć książki z mojego plecaka, żeby odrobić zadanie z chemii...

TERAPEUTKA: A zatem miała pani odrobić zadanie i pomyślała pani...

PACJENTKA: [wyraża automatyczną myśl] To po prostu za trudne. Nigdy tego nie zrozumiem.

TERAPEUTKA: I co się wtedy stało?

PACJENTKA: Zwyczajnie położyłam się na łóżku.

TERAPEUTKA: A gdy pani leżała, jakie myśli przyszły pani do głowy?

PACJENTKA: Nie chcę tego robić. Nie chcę tu być.

Wizualizacja sytuacji

TERAPEUTKA: Czy może sobie pani wyobrazić, że <u>teraz</u> siedzi pani w sali wykładowej. Profesorka coś mówi, student obok pani zaczyna szeptać, pani się denerwuje... Czy może zwizualizować sobie tę sytuację, tak jakby działo się to teraz? Jak duża jest sala? Gdzie pani siedzi? Co mówi profesorka? Co pani robi? I tak dalej.

PACJENTKA: Jestem na zajęciach z ekonomii. Profesorka stoi przed studentami. Gdzie ja siedziałam... [przechodzi na czas przeszły, co czyni to doświadczenie mniej bezpośrednim i zmniejsza intensywność reakcji emocjonalnej] Siedziałam trochę z tyłu sali, słuchałam bardzo uważnie...

TERAPEUTKA: [naprowadza pacjentkę na mówienie w taki sposób, jakby to się działo w tym momencie] A zatem „Siedzę z tyłu sali, słucham bardzo uważnie..."

PACJENTKA: Mówi coś o tematach, jakie możemy sobie wybrać, o makroekonomicznym podejściu w ekonomii albo coś w tym rodzaju... I wtedy ten chłopak po lewej nachyla się i szeptem pyta: „Kiedy jest termin oddania pracy?".

TERAPEUTKA: I jakie myśli w tym momencie przychodzą pani do głowy?

PACJENTKA: Co ona powiedziała? Czy czegoś nie usłyszałam? Teraz nie będę wiedziała, co mam zrobić.

Odtworzenie sytuacji interpersonalnej poprzez odgrywanie ról

Pacjentka opisuje, kto co powiedział, a następnie odgrywa siebie, podczas gdy terapeutka wciela się w rolę drugiego uczestnika interakcji.

TERAPEUTKA: Czuła się pani przygnębiona, kiedy rozmawiała pani z koleżanką o pracy semestralnej?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani do głowy podczas tej rozmowy?

PACJENTKA: (*pauza*) Nie wiem. Po prostu byłam przygnębiona.

TERAPEUTKA: Proszę mi opowiedzieć, co pani jej powiedziała i co ona powiedziała pani?

PACJENTKA: (*opisuje wymianę zdań z koleżanką*).

TERAPEUTKA: Może odegramy tę sytuację? Ja będę pani koleżanką, a pani będzie sobą.

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Kiedy będziemy odtwarzać tę sytuację, proszę spróbować rozpoznać, jakie myśli przychodzą pani do głowy.

PACJENTKA: (*przytakuje*).

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: W porządku, pani zaczyna. Co pani mówi najpierw?

PACJENTKA: Lisa, czy mogę cię o coś spytać?

TERAPEUTKA: Jasne, ale czy możesz zadzwonić trochę później? Muszę lecieć na zajęcia.

PACJENTKA: Nie zajmę ci wiele czasu. Po prostu nie usłyszałam tego, co doktor Smith mówiła o naszej pracy semestralnej.

TERAPEUTKA: Naprawdę się teraz spieszę. Zadzwoń o siódmej, dobrze? Pa... W porządku Przerywamy odgrywanie ról. Czy zdawała sobie pani sprawę z myśli, jakie przychodzą pani do głowy?

PACJENTKA: Tak. Pomyślałam, że ona nie ma dla mnie czasu, tak naprawdę nie chce mi pomóc i nie dowiem się, co mam robić.

TERAPEUTKA: Pani myśli brzmiały zatem: „Nie ma dla mnie czasu", „Tak naprawdę nie chce mi pomóc" i „Nie dowiem się, co mam robić"?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: I te myśli wywołały w pani smutek?

PACJENTKA: Tak.

Wydobywanie wyobrażenia

TERAPEUTKA: A zatem, kiedy zapytałam: „Jak pani idzie w szkole?", poczuła pani smutek. Jakie myśli przyszły pani wówczas do głowy?

PACJENTKA: Chyba pomyślałam o moich zajęciach z ekonomii, jak dostaję z powrotem moją pracę semestralną.

TERAPEUTKA: Czy wyobraziła sobie to pani? Czy w pani umyśle pojawiło się wyobrażenie?

PACJENTKA: Tak, wyobraziłam sobie ocenę dostateczną, napisaną na górze czerwonym kolorem.

Sugerowanie myśli przeciwnej

TERAPEUTKA: A zatem gdy wczoraj wieczorem siedziała pani sama w swoim pokoju, myślała pani o tym, jak *świetnie* wszystko się układa?

PACJENTKA: Ależ skąd! Myślałam o tym, że nie wiem, co tutaj robię.

Odkrywanie znaczenia sytuacji

TERAPEUTKA: Co dla pani znaczyło otrzymanie oceny minus dobrej z pracy semestralnej?

PACJENTKA: Że nie jestem dostatecznie mądra. Brakuje mi czegoś ważnego.

Sformułowanie pytania w inny sposób

TERAPEUTKA: A zatem kiedy pani mama nie oddzwoniła, o czym pani pomyślała? Czy miała pani jakieś przewidywania? Czy przypomniała sobie pani coś?

Można także zapytać pacjenta: „Jak się panu/pani wydaje, o czym pan/pani wówczas pomyślał/a?" lub „Czy pomyślał/a pan/pani o _____ czy o _____?". Zwykle jest to jednak mniej pożądane, gdyż pacjent może się wdać w spekulacje. Czasami jednak pytania te odnoszą skutek.

Kiedy pacjent będzie miał trudności z rozpoznaniem swoich automatycznych myśli, terapeuta wypróbuje jedną lub więcej technik podanych powyżej. Jeśli jednak pacjent nadal będzie miał trudności, mogą razem postanowić o zmianie tematu, aby nie wywołać u niego poczucia, że jest przesłuchiwany, lub zredukować możliwość, że uzna się za osobę do niczego.

TERAPEUTKA: No cóż, czasami trudno jest uchwycić te myśli. Nic nie szkodzi. Może przejdziemy do _____?

Rozpoznawanie dodatkowych myśli automatycznych

Po rozpoznaniu pierwszej automatycznej myśli należy dalej zadawać pytania pacjentowi. Mogą one ujawnić inne ważne myśli.

TERAPEUTKA: Kiedy dostała pani poprawiony sprawdzian, pomyślała pani: „Powinnam się lepiej postarać. Powinnam się więcej uczyć". Co jeszcze przyszło pani do głowy?

PACJENTKA: Pewnie wszystkim poszło lepiej ode mnie.

TERAPEUTKA: A potem?

PACJENTKA: Pomyślałam: „Co ja tutaj w ogóle robię. Jestem do niczego".

Należy zdawać sobie sprawę, że pacjenci mogą oprócz tego mieć inne automatyczne myśli, dotyczące nie tyle samej sytuacji, ile swojej na nią *reakcji*. Mogą negatywnie postrzegać swoje emocje, zachowania lub reakcje fizjologiczne.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Więc pomyślała pani: „Mogę się zbłaźnić", i poczuła pani lęk? Co się stało później?

PACJENTKA: Serce zaczęło mi walić w piersiach i pomyślałam: „Co się ze mną dzieje?".

TERAPEUTKA: I poczuła pani...

PACJENTKA: Jeszcze większy lęk.

TERAPEUTKA: A potem?

PACJENTKA: Pomyślałam: „Już nigdy nie będzie ze mną dobrze".

TERAPEUTKA: I poczuła pani...

PACJENTKA: Smutek i brak nadziei.

TERAPEUTKA: A potem?

PACJENTKA: Poczułam się tak źle, że pomyślałam, iż Allison nie będzie miała ze mnie pożytku podczas lunchu, więc powiedziałam jej, że nie czuję się dobrze i po prostu wróciłam do pokoju.

Zauważmy, że pacjentce najpierw przyszły do głowy automatyczne myśli związane z określoną sytuacją (zgłoszenie się podczas zajęć), ale potem pomyślała o swoim lęku i reakcji organizmu. W wielu przypadkach te wtórne reakcje emocjonalne mogą być niezwykle niepokojące oraz znacznie skomplikować i tak dokuczliwą sytuację. Potem Sally sformułowała negatywne przewidywanie, które wpłynęło na jej zachowanie.

Aby pracować jak najskuteczniej, należy określić, w jakim momencie pacjent był *najbardziej* zaniepokojony (przed danym zdarzeniem, w czasie jego trwania czy po nim) oraz jakie myśli automatyczne przyszły mu wtedy do głowy. Pacjent mógł mieć niepokojące myśli:

- *Przed* zdarzeniem, oczekując na to, co się może zdarzyć („Co będzie, jeśli na mnie nakrzyczy").
- *W czasie* zdarzenia („Myśli, że jestem głupia").
- *Po* zdarzeniu, zastanawiając się nad tym, co się wydarzyło („Nic mi nie wychodzi. Nie powinnam nawet próbować").

ROZPOZNAWANIE PROBLEMOWEJ SYTUACJI

Czasami pacjent ma problem nie tylko z rozpoznaniem automatycznych myśli związanych z określoną emocją, lecz również z rozpoznaniem sytuacji lub sprawy, która mu najbardziej dokucza (czy też jej najbardziej przygnębiającego aspektu). W takim wypadku terapeuta może pomóc pacjentowi w ustaleniu najbardziej dokuczliwej sytuacji, opisując kilka przygniatających problemów, prosząc go o hipotetyczne wyeliminowanie jednego problemu i ustalając, jaką to przyniosło pacjentowi ulgę. Po zidentyfikowaniu właściwej sytuacji łatwiej odkryć związane z nią automatyczne myśli.

TERAPEUTKA: [podsumowuje] A zatem przez ostatnich parę dni była pani bardzo zaniepokojona. Nie bardzo pani wie dlaczego i nie potrafi pani rozpoznać swoich myśli. Po prostu przez cały czas jest pani zaniepokojona. Zgadza się?

PACJENTKA: Tak. Nie wiem, co mnie tak ciągle niepokoi.

TERAPEUTKA: O czym pani myślała?

PACJENTKA: Na pewno o szkole. Poza tym nie układa mi się zbyt dobrze z koleżanką z pokoju. Próbowałam się znowu dodzwonić do mamy i nie odbierała... Nie wiem. Wszystko mnie niepokoi.

TERAPEUTKA: Więc mamy problem ze szkołą, współlokatorką i skontaktowaniem się z mamą... czy coś jeszcze?

PACJENTKA: Tak. Nie najlepiej się ostatnio czułam. Boję się, że rozłoży mnie choroba.

TERAPEUTKA: Która z tych sytuacji najbardziej pani dokucza – szkoła, koleżanka z pokoju, skontaktowanie się z mamą czy choroba?

PACJENTKA: O, nie wiem. Wszystkim się martwię.

TERAPEUTKA: Zapiszmy te cztery rzeczy. Powiedzmy, że hipotetycznie mogłybyśmy zupełnie wyeliminować problem choroby. Przypuśćmy, że jest pani zupełnie zdrowa, jak bardzo się teraz pani niepokoi?

PACJENTKA: Mniej więcej tak samo.

TERAPEUTKA: Dobrze. Przyjmijmy, że zaraz po terapii udaje się pani dodzwonić do matki i okazuje się, że u niej wszystko w porządku. Jak się pani teraz czuje?

PACJENTKA: Trochę lepiej. Ale nie bardzo.

TERAPEUTKA: A szkoła? Jaki jest problem w szkole?

PACJENTKA: W przyszłym tygodniu muszę oddać pracę.

TERAPEUTKA: W porządku. Powiedzmy, że zdążyła pani oddać pracę przed terminem i jest pani z niej zadowolona. Teraz jak się pani czuje?

PACJENTKA: To byłaby wielka ulga, gdybym skończyła pracę i była z niej zadowolona.

TERAPEUTKA: Wygląda więc na to, że to praca najbardziej panią niepokoi.

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: Tak. Chyba tak.

TERAPEUTKA: Upewnijmy się... Gdyby nadal miała pani pracę do napisania, ale zniknąłby problem z koleżanką, jakby się pani czuła?

PACJENTKA: Nie tak dobrze. Chyba problem z pracą najbardziej mi dokucza.

TERAPEUTKA: Za chwilę porozmawiamy o tym problemie, ale najpierw chciałbym omówić, jak do tego doszłyśmy. Dzięki temu w przyszłości będzie pani mogła samodzielnie rozpoznać problem, który najbardziej panią trapi.

PACJENTKA: No cóż, kazała mi pani wymienić wszystkie rzeczy, które mnie martwią i udawałyśmy, że je po kolei rozwiązujemy.

TERAPEUTKA: I tak przekonała się pani, w którym przypadku rozwiązanie problemu przyniosłoby pani największą ulgę.

PACJENTKA: Tak.

Następnie skupiamy się na problemie pracy semestralnej, rozpoznając i podważając automatyczne myśli oraz wypełniając procedurę rozwiązywania problemów.

Ta sama procedura pomoże pacjentce stwierdzić, który *aspekt* pozornie przytłaczającego problemu jest najbardziej niepokojący.

TERAPEUTKA: Ostatnio miała pani problemy z koleżanką z pokoju. Co konkretnie pani dokuczało?

PACJENTKA: Sama nie wiem. Wszystko.

TERAPEUTKA: Czy może pani wymienić jakieś rzeczy?

PACJENTKA: No cóż, zabiera moje jedzenie i nie kupuje nic w zamian. Nie robi tego złośliwie, ale i tak mi to przeszkadza. Ma chłopaka i zawsze, kiedy o nim opowiada, uświadamiam sobie, że nikogo nie mam. Jest bałaganiarą, rozrzuca swoje rzeczy po całym pokoju... I nie liczy się z innymi. Czasami rozmawia przez komórkę naprawdę głośno.

TERAPEUTKA: Czy coś jeszcze?

PACJENTKA: To są główne rzeczy.

TERAPEUTKA: W porządku, już to robiłyśmy. Przeczytam te problemy jeszcze raz, żeby mogła się pani zastanowić, który najbardziej pani dokucza. Jeśli nie potrafi pani zdecydować, będziemy je po kolei hipotetycznie eliminować i zobaczymy, które rozwiązanie przyniesie pani największą ulgę. Zgoda?

Odróżnianie automatycznych myśli od interpretacji

Kiedy terapeuta pyta pacjenta o automatyczne myśli, chodzi mu o słowa lub wyobrażenia, które *faktycznie* przyszły pacjentowi do głowy. Wielu pacjentów na początku podaje *interpretacje*, które mogą, ale nie muszą odzwierciedlać ich rzeczywistych myśli. Dopiero z czasem uczą się je rozpoznawać. W poniższym fragmencie rozmowy naprowadzam pacjentkę na relacjonowanie swoich myśli.

TERAPEUTKA: Kiedy dostrzegła pani tę kobietę w kawiarni, jakie myśli przyszły pani do głowy?

PACJENTKA: Myślę, że wypierałam moje prawdziwe uczucia.

TERAPEUTKA: O czym faktycznie pani wówczas pomyślała?

PACJENTKA: Nie jestem pewna, o co pani chodzi.

W tej wymianie zdań pacjentka podała *interpretację* swoich myśli i uczuć. Poniżej próbuję ponownie, uwypuklając przeżywaną przez pacjentkę emocję.

TERAPEUTKA: Kiedy ją pani zobaczyła, jaką poczuła pani emocję?

PACJENTKA: Myślę, że wypierałam moje uczucia.

TERAPEUTKA: Mhm. Jakie uczucia pani wyparła?

PACJENTKA: Nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: [podsuwa emocję przeciwną do oczekiwanej reakcji, aby odświeżyć pacjentce pamięć] Kiedy ją pani zobaczyła, poczuła pani radość? Ekscytację?

PACJENTKA: Nie, bynajmniej.

TERAPEUTKA: Czy pamięta pani moment, gdy wchodzi pani do kawiarni i ją zauważa? Czy widzi pani tę scenę w wyobraźni?

PACJENTKA: Mhm.

TERAPEUTKA: Co pani czuje?

PACJENTKA: Chyba smutek.

TERAPEUTKA: Kiedy pani na nią patrzy, jakie myśli przychodzą pani do głowy?

PACJENTKA: [zamiast myśli automatycznej opisuje emocję i reakcję fizjologiczną] Czuję prawdziwy smutek i ściskanie w dołku.

TERAPEUTKA: Jakie myśli teraz przychodzą pani do głowy?

PACJENTKA: Ona jest naprawdę mądra. [automatyczna myśl] W porównaniu z nią jestem zerem.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: W porządku. Coś jeszcze?

PACJENTKA: Nie. Podeszłam do stolika i zaczęłam rozmawiać z koleżanką.

Wyodrębnianie automatycznych myśli wplecionych w wypowiedź pacjenta

Pacjenci muszą się nauczyć wypowiadać słowa, które faktycznie przychodzą im do głowy, aby skutecznie je zweryfikować. Poniżej podano przykłady myśli wplecionych w wypowiedź pacjenta i ich faktyczne odpowiedniki.

Wyrażenia wplecione	Faktyczne myśli automatyczne
Chyba się zastanawiałam, czy mu się podobam.	Czy mu się podobam?
Nie wiem, czy rozmowa z profesorem nie byłaby stratą czasu.	Rozmowa z profesorem prawdopodobnie będzie stratą czasu.
Nie mogłabym zabrać się do czytania.	Nie dam rady tego zrobić.

Terapeuta uprzejmie naprowadza pacjentkę na rozpoznawanie słów, które *faktycznie* przyszły jej do głowy.

TERAPEUTKA: Kiedy zarumieniła się pani na zajęciach, jakie myśli przyszły pani do głowy?

PACJENTKA: Chyba się zastanawiałam, czy uważa, że jestem dziwna.

TERAPEUTKA: Czy może sobie pani dokładnie przypomnieć słowa, które przyszły pani do głowy?

PACJENTKA: (*zdumiona*) Nie bardzo wiem, o co pani chodzi.

TERAPEUTKA: Czy pomyślała pani: „Chyba zastanawiałam się, czy uważa, że jestem dziwna" czy też pomyślała pani: „Czy on uważa, że jestem dziwna?"?

PACJENTKA: A rozumiem... to drugie. A właściwie pomyślałam: „Pewnie myśli, że jestem dziwna".

Myśli automatyczne w formie skrótu lub pytania

Pacjenci często podają myśli, które nie są w pełni wyrażone. Ponieważ trudno ocenić wiarygodność myśli sformułowanej skrótowo, terapeuta pomaga pacjentowi w pełniejszym jej wyrażeniu.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani do głowy, kiedy usłyszała pani o pracy semestralnej?

PACJENTKA: „Och!". Pomyślałam sobie „Och!".

TERAPEUTKA: Czy może pani rozwinąć tę myśl? „Och" oznacza...

PACJENTKA: Nigdy nie dam rady zrobić tego na czas. Mam za dużo spraw na głowie.

Jeśli pacjent nie potrafi rozwinąć swojej myśli, terapeuta może zasugerować myśl przeciwną: „Czy «Och!» oznaczało «To naprawdę super»?".

Automatyczne myśli często mają formę pytań, co też utrudnia ich weryfikację. Dlatego zanim terapeuta pomoże pacjentowi w ich ocenie, naprowadza go na wyrażanie swoich myśli w formie twierdzeń.

TERAPEUTKA: A zatem poczuła pani lęk. Co wówczas przyszło pani do głowy?

PACJENTKA: Pomyślałam: „Czy zdam ten egzamin?".

TERAPEUTKA: W porządku. Czy pomyślała pani, że prawdopodobnie pani zda ten egzamin, czy że prawdopodobnie go nie zda?

PACJENTKA: Że nie zdam.

TERAPEUTKA: Dobrze. Czy możemy zatem przeformułować pani myśl jako: „Mogę nie zdać egzaminu"?

I jeszcze jeden przykład:

TERAPEUTKA: Więc przyszła pani do głowy myśl: „Co się ze mną stanie [jeśli będę coraz bardziej nerwowa]?". Czego się pani obawia?

PACJENTKA: Nie wiem... Chyba tego, że stracę panowanie nad sobą.

TERAPEUTKA: Dobrze. Przyjrzyjmy się myśli: „Mogę stracić panowanie nad sobą".

Tutaj skłaniam pacjentkę do ujawnienia tego, czego dokładnie się obawia. W przykładzie następnym pacjentka ma problem z rozpoznaniem lęku kryjącego się za automatyczną myślą. Wypróbowuję kilka innych pytań:

TERAPEUTKA: Więc pomyślała pani: „I co teraz?". A co pani zdaniem mogłoby się wówczas zdarzyć?

PACJENTKA: Nie wiem.

TERAPEUTKA: Czy bała się pani czegoś konkretnego?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: Nie jestem pewna.
TERAPEUTKA: Jaka najgorsza rzecz *mogłaby* się w tej sytuacji wydarzyć?
PACJENTKA: Hm... Mogłabym wylecieć ze studiów.
TERAPEUTKA: Czy uważa pani, że te obawy się ziszczą?

Poniżej zamieszczono inne przykłady przeformułowania pytań w celu łatwiejszej ich oceny.

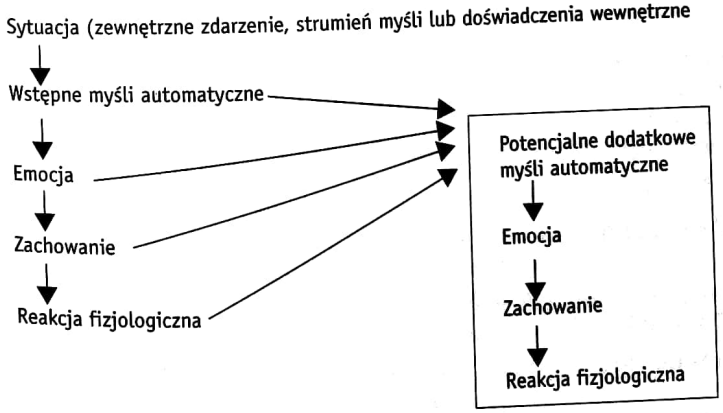
Pytanie	Stwierdzenie
„Czy dam sobie radę?"	„Nie dam sobie rady".
„Czy poradzę sobie, kiedy wyjedzie?"	„Nie poradzę sobie, kiedy wyjedzie".
„Co będzie, jeśli nie zdołam tego zrobić?"	„Wylecę z pracy, jeśli tego nie zrobię".
„Co będzie, jak się na mnie wścieknie?"	„Zrani mnie, jeśli się na mnie wścieknie".
„Jak to przeżyję?"	„Nie przeżyję tego".
„Co będzie, jeśli nie potrafię się zmienić?"	„Będę zawsze nieszczęśliwa, jeśli nie dam rady się zmienić".
„Dlaczego mnie to spotkało?"	„Nie powinno mnie to było spotkać".

Rozpoznawanie sytuacji, które mogą wywoływać automatyczne myśli

Do tej pory większość przykładów automatycznych myśli podanych w tym rozdziale miała związek z zewnętrznymi zdarzeniami (np. rozmową z koleżanką) lub strumieniem myśli (np. myślenie o zbliżającym się egzaminie). Źródłem automatycznych myśli może być jednak wiele różnych bodźców zewnętrznych i wewnętrznych doświadczeń. Jak pokazano na rycinie 9.1, pacjenci mogą mieć także myśli automatyczne należące do innych kategorii. Mogą to być myśli na temat treści poznawczych (myśli, wyobrażeń, przekonań, marzeń na jawie, marzeń sennych, wspomnień lub nawracających obrazów z przeszłości), emocji, zachowań oraz doświadczeń fizjologicznych lub psychicznych. Każdy z tych bodźców może wytworzyć wstępną automatyczną myśl (lub serię automatycznych myśli), po której następuje wstępna reakcja emocjonalna, behawioralna lub fizjologiczna. Następnie pacjent może mieć dodatkowe myśli na temat dowolnej części modelu poznawczego, prowadzące do dodatkowej reakcji emocjonalnej, behawioralnej lub fizjologicznej (rycina 9.2.).

Sytuacja/bodziec	Przykład	Myśl automatyczna
Zdarzenie zewnętrzne (lub seria zdarzeń)	Matka stale odkłada słuchawkę	„Jak ona śmie mnie tak traktować!"
Strumień myśli	Myślenie o egzaminie	„Nigdy nie opanuję tego materiału".
Treść poznawcza: myśl, wyobrażenie, przekonanie, marzenie na jawie, marzenie senne, wspomnienie, nawracający obraz z przeszłości	Uświadomienie sobie pełnego przemocy wyobrażenia	„Jestem chory psychicznie".
	Doświadczanie nawracających obrazów związanych z traumatycznym zdarzeniem	„Nigdy tego nie przezwyciężę. Zawsze będą mnie dręczyć te straszne obrazy".
Emocja	Gniew	„Nie powinnam się na niego gniewać. Jestem bardzo złą osobą".
Zachowanie	Napady objadania się	„Jestem taka słaba. Nie potrafię kontrolować swojego apetytu".
Doświadczenie fizjologiczne lub psychiczne	Przyśpieszona praca serca	„Co będzie, jeśli jestem poważnie chory?"
	Poczucie nierzeczywistości	„Popadam w obłęd".

Rycina 9.1. Sytuacje, które wywołują automatyczne myśli



Rycina 9.2. Wstępne oraz wtórne myśli i reakcje

Scanned by CamScanner

NAUKA ROZPOZNAWANIA MYŚLI AUTOMATYCZNYCH

Jak wspomniano w rozdziale 5, terapeuta może zacząć rozwijać u pacjenta umiejętność rozpoznawania automatycznych myśli już na pierwszej sesji. Tutaj przedstawiłam już model poznawczy, wykorzystując przykłady podane przez Sally.

TERAPEUTKA: Kiedy w tym tygodniu zauważy pani zmianę lub pogorszenie nastroju, proszę zadać sobie pytanie: „Jakie myśli przychodzą mi teraz do głowy?".

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Może mogłaby pani zapisać niektóre z nich na kartce papieru?

PACJENTKA: Zgoda.

Na kolejnych sesjach terapeuta może uczyć pacjenta innych technik, jeśli podstawowe pytanie („Jakie myśli przychodzą panu/pani teraz do głowy?") nie wystarcza.

TERAPEUTKA: Czasami nie będzie pani łatwo stwierdzić, o czym pani właśnie myśli. Dlatego w danym momencie albo później może pani wypróbować to, co przed chwilą wspólnie zrobiłyśmy. Proszę w wyobraźni jak najwierniej odtworzyć daną scenę, tak jakby działa się teraz, i skoncentrować się na swoich emocjach. Następnie proszę zadać sobie pytanie: „Jakie myśli przychodzą mi teraz do głowy?". Da pani radę czy powinnyśmy przećwiczyć to jeszcze raz?

PACJENTKA: Spróbuję.

Tak jak w poprzednim wypadku, jeśli podstawowe pytanie i technika wizualizacji nie wystarczą, można nauczyć pacjenta wysuwania hipotez na temat własnych myśli. Ta metoda jest mniej zalecana, ponieważ istnieje ryzyko, że pacjent poda późniejszą interpretację zamiast myśli, które faktycznie przyszły mu do głowy w danym momencie.

TERAPEUTKA: Jeśli nadal ma pani problem z rozpoznaniem automatycznych myśli, oto kilka innych pytań [zob. rycina 6.2], jakie może pani sobie zadać.

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Pytanie pierwsze: Jak mi się wydaje, o czym wówczas pomyślałam? Albo: Czy pomyślałam wtedy o _____ czy o _____? Czy coś sobie wyobraziłam lub przypomniałam? I wreszcie: Co ta sytuacja dla mnie znaczy? Można też spróbować ustalić, jaka może być myśl przeciwna, żeby ożywić pamięć.

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Czy może pani w tym tygodniu wypróbować te pytania, jeśli będzie pani mieć trudności z rozpoznaniem automatycznych myśli, a wyobrażanie sobie danej sytuacji nie odniesie skutku?

PACJENTKA: Tak zrobię.

TECHNIKI WYDOBYWANIA AUTOMATYCZNYCH MYŚLI

Podstawowe pytanie:

Jakie myśli przyszły panu/pani w tym momencie do głowy?

W celu rozpoznania automatycznych myśli:

1. Zadaj to pytanie, kiedy zauważysz zmianę (lub pogorszenie) nastroju podczas sesji.
2. Poproś pacjenta o opisanie problemowej sytuacji lub momentu, w którym doświadczył on zmiany nastroju, a następnie zadaj powyższe pytanie.
3. W razie potrzeby poproś pacjenta, aby użył wyobraźni do szczegółowego opisania konkretnej sytuacji lub momentu (tak jakby się to działo teraz), a następnie zadaj powyższe pytanie.
4. W razie potrzeby poproś pacjenta o odegranie wraz z tobą konkretnej interakcji, a następnie zadaj powyższe pytanie.

Inne pytania służące do wydobycia automatycznych myśli:

1. Jak się panu/pani wydaje, o czym pan/pani wówczas pomyślał/a?
2. Czy mógł/mogła pan/pani wtedy pomyśleć o _____ lub _____? (terapeuta przedstawia kilka prawdopodobnych możliwości)
3. Czy wyobraził/a pan/pani sobie, że coś się stanie lub przypomniał/a pan/pani sobie o czymś, co pan/pani zrobił/a?
4. Co ta sytuacja dla pana/i znaczy?
5. Czy myślał/a pan/i o _____? (terapeuta podsuwa myśl przeciwną do oczekiwanej reakcji)

Rycina 9.3. Podsumowanie technik rozpoznawania automatycznych myśli. Źródło: J.S. Beck (2011). Copyright 2011 by Judith S. Beck. Przedruk za zgodą wydawcy

Scanned by CamScanner

Jak widać, osoby z zaburzeniami psychicznymi popełniają przewidywalne błędy w myśleniu. Terapeuta uczy pacjentów rozpoznawać dysfunkcjonalne myśli, a następnie oceniać je i modyfikować. Proces ten rozpoczyna się od rozpoznania konkretnych automatycznych myśli pojawiających się w określonych sytuacjach. Niektórzy pacjenci nabywają tę umiejętność szybko i naturalnie, innym przychodzi ona z większym wysiłkiem. Terapeuta powinien uważnie słuchać, aby mieć pewność, że pacjent relacjonuje rzeczywiste myśli. Konieczne może być zadawanie różnych pytań, jeśli pacjentowi nie jest łatwo rozpoznać swoje myśli. W następnym rozdziale wyjaśniono między innymi różnicę między automatycznymi myślami a emocjami.

ROZDZIAŁ 10

ROZPOZNAWANIE EMOCJI

Emocje mają zasadnicze znaczenie w terapii poznawczo-behawioralnej. Głównym celem leczenia jest przecież złagodzenie objawów (a zwłaszcza obniżenie poziomu cierpienia) oraz ustąpienie zaburzenia pacjenta.

Silne negatywne emocje są bolesne i mogą być nieprzystosowawcze, jeśli przeszkadzają pacjentom w jasnym myśleniu, rozwiązywaniu problemów, skutecznym działaniu czy czerpaniu radości z życia. Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi często doświadczają emocji o nasileniu, które wydaje się nadmierne lub nieadekwatne do sytuacji. Sally na przykład odczuwała ogromne poczucie winy, a następnie smutek, kiedy musiała odwołać nawet mało znaczące spotkanie z koleżanką. Odczuwała także silny lęk przed zwróceniem się o pomoc do jakiegoś profesora. Intensywność i charakter emocji pacjentów stają się jednak zrozumiałe, gdy rozpoznamy siłę ich automatycznych myśli oraz aktywnych przekonań (zazwyczaj dosyć dokuczliwych).

Ważne jest, aby uznać emocje pacjenta i starać się je zrozumieć, nie podważając ich ani nie kwestionując. Należy oceniać myśli i przekonania leżące u podłoża dolegliwości pacjenta w celu zmniejszenia jego dysforii; nie należy oceniać jego emocji.

Terapeuta nie będzie jednak omawiał *wszystkich* sytuacji, które wywołują u pacjenta dyskomfort – na podstawie konceptualizacji funkcjonowania pacjenta zdecyduje, które problemy są najważniejsze. Zazwyczaj najważniejszymi problemami są te, które wiążą się z wysokim poziomem cierpienia. Problemy powiązane z „normalnym" poziomem cierpienia są zazwyczaj mniej istotne. Celem terapii poznawczo-behawioralnej nie jest wyeliminowanie całego dyskomfortu emocjonalnego; negatywne emocje tak samo są częścią życia jak emocje pozytywne i pełnią tak ważną funkcję jak ból fizyczny, który

Scanned by CamScanner

często ostrzega nas o potencjalnych problemach, którymi być może trzeba będzie się zająć.

Oprócz tego terapeuta będzie się starał wzbudzić w pacjencie *pozytywne* emocje za pomocą rozmowy (zazwyczaj dosyć krótkiej) na temat jego zainteresowań, miłych zdarzeń z minionego tygodnia oraz dobrych wspomnień. Często będzie proponował pracę osobistą mającą na celu zwiększenie liczby zajęć, które prawdopodobnie przyniosą pacjentowi poczucie przyjemności lub sukcesu (zob. rozdział 6).

W niniejszym rozdziale wyjaśniono, jak:

- Odróżnić automatyczne myśli od emocji.
- Rozróżniać poszczególne emocje.
- Nazywać emocje.
- Oceniać nasilenie emocji.

ODRÓŻNIANIE AUTOMATYCZNYCH MYŚLI OD EMOCJI

Wielu pacjentów nie w pełni rozumie różnicę między swoimi myślami a emocjami. Terapeuta będzie starał się zrozumieć doświadczenia pacjenta i podzielić się z nim swoim punktem widzenia. Przez cały czas będzie dyskretnie pomagał pacjentowi w spojrzeniu na własne doświadczenia przez pryzmat modelu poznawczego.

Terapeuta uporządkuje materiał dostarczony przez pacjenta pod kątem kategorii modelu poznawczego: sytuacji, automatycznej myśli oraz reakcji (tzn. emocji, zachowania i reakcji fizjologicznej). Należy być wyczulonym na przypadki, kiedy pacjent myli myśli z emocjami. Wówczas – w zależności od etapu sesji, celów pacjenta oraz siły współpracy – terapeuta może:

- Zignorować nieporozumienie.
- Zająć się nim od razu (albo pośrednio, albo wprost).
- Odnieść się do niego później.

Na ogół pomieszanie myśli z emocją ma stosunkowo niewielkie znaczenie w danym kontekście i terapeuta może to subtelnie skorygować.

TERAPEUTKA: Kiedy ustalałyśmy program, wspomniała pani, że chce porozmawiać o rozmowie telefonicznej z bratem.

PACJENTKA: Tak. Zadzwoniłam do niego parę dni temu wieczorem i wydawał się jakiś chłodny.

TERAPEUTKA: Co pani wówczas czuła?

PACJENTKA: Czułam, że tak naprawdę nie chce ze mną rozmawiać. Jakby było mu zupełnie obojętne, czy zadzwoniłam.

TERAPEUTKA: A zatem gdy pani pomyślała: „Tak naprawdę nie chce ze mną rozmawiać. Jest mu zupełnie obojętne, czy zadzwoniłam", jakie emocje pani odczuwała? Smutek? Złość? Coś innego?

W czasie innej sesji uznałam ten błąd za ważny, ponieważ chciałam nauczyć Sally weryfikowania myśli za pomocą zapisu myśli (strona 206). Postanowiłam jej pokazać różnicę między myślami a emocjami, oceniając, iż w danym momencie jest to ważne, że przebieg wizyty nie zostanie zbytnio zakłócony i że ważne dane nie zostaną zapomniane.

TERAPEUTKA: Czy kiedykolwiek w tym tygodniu myślała pani o wyjściu na spacer?

PACJENTKA: Tak, kilka razy.

TERAPEUTKA: Może przypomina sobie pani jakiś konkretny moment?

PACJENTKA: Wczoraj po kolacji sprzątałam ze stołu... Nie wiem.

TERAPEUTKA: Jakie emocje pani wówczas czuła?

PACJENTKA: [wyraża myśli] O, poczułam, że to nie ma sensu, że i tak pewnie to nie pomoże.

TERAPEUTKA: To są ważne myśli. Za chwilę je ocenimy, ale najpierw chciałbym z panią omówić kwestię różnicy między myślami a emocjami. Zgoda?

PACJENTKA: Oczywiście.

TERAPEUTKA: Emocje są tym, co *czujemy* – zazwyczaj określamy je jednym słowem, takim jak smutek, złość, lęk i tak dalej (*pauza*). Myśli to *idee*, które przychodzą nam do głowy. Mają one postać słów, obrazów lub wyobrażeń (*pauza*). Czy jest to dla pani jasne?

PACJENTKA: Chyba tak.

TERAPEUTKA: Powróćmy zatem do wczorajszego wieczoru, kiedy myślała pani o wyjściu na spacer. Jaką emocję pani odczuwała?

PACJENTKA: Chyba smutek.

TERAPEUTKA: I myślała pani: „To nie ma sensu. Mój stan się nie poprawi".

PACJENTKA: Tak.

Scanned by CamScanner

W przedstawionych przykładach Sally początkowo nazywała myśli uczuciami. Czasami pacjent robi na odwrót, czyli określa emocję jako myśl.

TERAPEUTKA: Kiedy weszła pani do pustego pokoju w akademiku, jakie myśli przyszły pani do głowy?

PACJENTKA: Że jestem smutna, samotna, przygnębiona.

TERAPEUTKA: A zatem poczuła pani smutek, samotność i przygnębienie. Jaka myśl lub wyobrażenie wywołało te uczucia?

ZNACZENIE ROZRÓŻNIANIA EMOCJI

Terapeuta bezustannie dokonuje konceptualizacji problemów pacjenta, próbując zrozumieć jego przeżycia i punkt widzenia oraz to, w jaki sposób jego podstawowe przekonania dały początek konkretnym automatycznym myślom w danej sytuacji, wpływając na jego emocje i zachowanie. Związek pomiędzy myślami, emocjami i zachowaniem pacjenta powinien być zrozumiały. Terapeuta będzie dalej dociekał, jeśli pacjent mówi o emocji, która *wydaje się nie pasować* do treści jego automatycznych myśli, tak jak w zamieszczonym poniżej fragmencie rozmowy.

TERAPEUTKA: Co pani poczuła, kiedy pani matka nie oddzwoniła do pani od razu?

PACJENTKA: Byłam smutna.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani do głowy?

PACJENTKA: Myślałam: „A jeśli coś się jej przytrafiło? Może stało się coś złego".

TERAPEUTKA: I poczuła pani smutek?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Jestem trochę zdezorientowana, bo takie myśli, moim zdaniem, bardziej wiążą się z *lękiem*. Czy jakieś inne myśli przyszły pani do głowy?

PACJENTKA: Nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: Proszę spróbować wyobrazić sobie tę scenę. [pomaga pacjentce w żywym przypomnieniu sobie tej sceny w wyobraźni] Siedziała pani obok aparatu, czekając na telefon od mamy?

PACJENTKA: I wtedy pomyślałam: „A jeśli coś się jej przytrafiło? Może stało się coś złego".

TERAPEUTKA: Co wydarzyło się potem?

PACJENTKA: Spoglądam na telefon i łzy stają mi w oczach.

TERAPEUTKA: Jakie myśli w tym momencie przychodzą pani do głowy?

PACJENTKA: Gdyby coś się stało mamie, nie byłoby już nikogo, kto by się o mnie troszczył.

TERAPEUTKA: „Nie byłoby już nikogo, kto by się o mnie troszczył". Jakie emocje ta myśl wywołuje w pani?

PACJENTKA: Smutek. Głęboki smutek.

W przedstawionej wymianie zdań na początku pojawiła się pewna rozbieżność. Byłam czujna i zdołałam uchwycić niespójność między *treścią* automatycznej myśli a związaną z nią *emocją*. Następnie mogłam pomóc Sally w wydobyciu głównej myśli automatycznej za pomocą przypominania w wyobraźni. Gdybym skupiła się na myślach lękowych, mogłabym przeoczyć główny problem pacjentki. Chociaż zajęcie się mniej ważnymi myślami też może być przydatne, to rozpoznanie *głównych* myśli automatycznych i praca nad nimi zazwyczaj przyspieszają proces terapii.

TRUDNOŚCI Z NAZYWANIEM EMOCJI

Większość pacjentów bez trudu i poprawnie nazywa swoje emocje. Niektórzy jednak mają stosunkowo ubogie słownictwo w tym zakresie, a inni – choć rozumieją nazwy emocji intelektualnie – mają kłopot z nazywaniem doświadczanych przez siebie uczuć. W obu przypadkach można poprosić pacjenta o powiązanie reakcji emocjonalnych w określonych sytuacjach z ich nazwami. Sporządzenie karty emocji według wzoru przedstawionego na rycinie 10.1 pomaga pacjentowi w opanowaniu tej umiejętności. Pacjent może opisać w niej obecne lub wcześniejsze sytuacje, w których odczuwał określoną emocję, i może zaglądać do tej karty, ilekroć będzie miał trudności z nazwaniem swoich uczuć.

TERAPEUTKA: Chciałabym przez parę minut porozmawiać o różnych emocjach, żebyśmy oboje lepiej zrozumieli, co pan czuje w konkretnych sytuacjach. Zgoda?

PACJENT: Jasne.

TERAPEUTKA: Czy przypomina pan sobie chwilę, w której czuł pan złość?

PACJENT: Uhm, tak... Kiedy brat odwołał nasze wspólne wyjście do kina. Nie pamiętam, jaki to miał być film, ale naprawdę chciałem pójść. Tak czy inaczej powiedział mi, że idzie gdzieś z kolegami...

Scanned by CamScanner

Złość	Smutek	Lęk
1. Brat odwołuje nasze wspólne wyjście do kina	1. Mama nie oddzwania	1. Zauważenie, że na rachunku bankowym jest mało środków
2. Przyjaciel nie zwraca mojej torby sportowej	2. Brak dostatecznej ilości pieniędzy, żeby pojechać na wakacje	2. Dowiedzenie się, że okolicę może nawiedzić tornado
3. Sąsiad zbyt głośno słucha muzyki	3. Brak ciekawych zajęć w sobotę	3. Znalezienie guza na szyi

Rycina 10.1. Przykładowa karta emocji

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły panu wówczas do głowy?
PACJENT: Za kogo on się uważa? Ja bym mu tego nie zrobił. Powinien mnie lepiej traktować.
TERAPEUTKA: I poczuł pan...
PACJENT: Wściekłość.

Tutaj poprosiłam pacjenta o przypomnienie sobie *konkretnej* sytuacji, w której doświadczył on określonej emocji. Z jego opisu wynika, że rozpoznał ją właściwie. Ponieważ chciałam się upewnić, poprosiłam go o rozpoznanie automatycznych myśli. Ich treść rzeczywiście pasowała do deklarowanej emocji.

Następnie poprosiłam pacjenta o przypomnienie sobie dwóch innych sytuacji, w których poczuł on złość. Ponownie spytałam go o jego automatyczne myśli w tych sytuacjach, aby upewnić się, że adekwatnie nazywa on swoje emocje. Następnie sporządziliśmy kartę emocji (rycina 10.1). Poprosiłam pacjenta, aby zaglądał do niej w czasie sesji lub w domu, ilekroć będzie miał trudności z nazwaniem swoich uczuć.

Różnicowanie emocji za pomocą tej techniki nie jest konieczne w przypadku większości pacjentów. Niektórzy mogą odnieść korzyść z krótkiej rozmowy przeprowadzonej w podobnym duchu. Dla niektórych przydatna będzie lista negatywnych emocji (zob. rycina 10.2) oraz krótkie ich omówienie.

OCENA NASILENIA EMOCJI

Niekiedy ważne jest, aby pacjenci nie tylko *rozpoznali* swoje emocje, lecz również ilościowo określili ich *nasilenie*. U niektórych osób występują dysfunkcjonalne przekonania na temat przeżywania emocji

Smutek, przygnębienie, samotność, nieszczęście
Lęk, zmartwienie, strach, przerażenie, napięcie
Złość, wściekłość, irytacja, drażliwość
Wstyd, zakłopotanie, upokorzenie
Rozczarowanie
Zazdrość, zawiść
Poczucie winy
Poczucie krzywdy
Podejrzliwość

Rycina 10.2. Negatywne emocje

(Greenberg, 2002; Holland, 2003; Leahy, 2003), że jeśli na przykład odczuwają niewielki dyskomfort, z czasem będzie on narastał i stanie się nie do zniesienia. Umiejętność oceny nasilenia emocji pomoże pacjentowi zweryfikować takie przekonanie.

Oprócz tego należy także sprawdzić, czy podważenie myśli lub przekonania i sformułowanie przystosowawczej odpowiedzi na nie odniosły pożądany skutek, co pozwoli terapeucie ocenić, czy dana treść poznawcza wymaga dalszej interwencji. Zaniedbanie takiej oceny może niekiedy skłonić terapeutę do wyciągnięcia błędnego wniosku, że interwencja okazała się skuteczna, i zbyt szybkiego przejścia do następnej myśli lub problemu. Możemy mieć też do czynienia z odwrotną sytuacją – terapeuta może się nadal zajmować automatyczną myślą lub przekonaniem, nie zdając sobie sprawy, że nie są one już dla pacjenta dokuczliwe.

Wreszcie ocena nasilenia emocji w określonej sytuacji pomaga pacjentowi i terapeucie w określeniu, czy sytuacja ta wymaga dalszej analizy. Jeśli jest ona mniej obciążona emocjonalnie, to może być mniej wartościowym tematem niż ta, która jest bardziej dokuczliwa dla pacjenta i w której mogły się uruchamiać ważne przekonania.

Większość pacjentów całkiem łatwo uczy się oceniać nasilenie emocji.

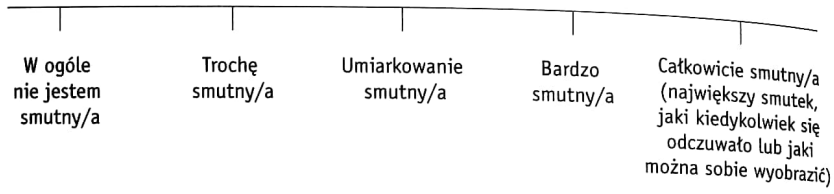
TERAPEUTKA: Jak się pani poczuła, kiedy koleżanka powiedziała: „Przepraszam, nie mam teraz czasu"?
PACJENTKA: Chyba byłam dosyć smutna.
TERAPEUTKA: Załóżmy, że 100% oznacza największy smutek, jaki kiedykolwiek pani odczuwała lub może sobie wyob-

Scanned by CamScanner

razić, a 0% to zupełny brak smutku. Na ile oceniłaby pani swój smutek wywołany słowami koleżanki?

PACJENTKA: Na jakieś 75%.

Niektórzy pacjenci mają trudności z przypisaniem emocji określonej liczby lub nie podoba im się to zadanie. Terapeuta może wówczas ich poprosić, aby ocenili, czy doświadczyli tej emocji „trochę", „umiarkowanie", „bardzo" czy „całkowicie". Jeśli nawet to jest trudne, pomocne może być narysowanie skali:


W ogóle nie jestem smutny/a
Trochę smutny/a
Umiarkowanie smutny/a
Bardzo smutny/a
Całkowicie smutny/a (największy smutek, jaki kiedykolwiek się odczuwało lub jaki można sobie wyobrazić)

TERAPEUTKA: Co pani poczuła, kiedy koleżanka powiedziała: „Przepraszam, nie mam teraz czasu"?

PACJENTKA: Smutek.

TERAPEUTKA: Jak bardzo była pani smutna w skali od 0 do 100%?

PACJENTKA: Nie jestem pewna. Nie jestem zbyt dobra w liczbach.

TERAPEUTKA: Czy była pani trochę smutna? Umiarkowanie smutna? Bardzo smutna? Czy całkowicie smutna?

PACJENTKA: Proszę powtórzyć – co mam do wyboru?

TERAPEUTKA: Narysuję skalę. Pani smutek – czy powiedziałaby pani (pokazuje na skali), że była pani tylko trochę, umiarkowanie, bardzo, czy całkowicie smutna?

PACJENTKA: O, bardzo smutna.

TERAPEUTKA: W porządku, mamy teraz naszą skalę. Przekonajmy się, na ile jest przydatna. Czy była pani smutna w jakimkolwiek innym momencie w tym tygodniu?

PACJENTKA: Tak, wczoraj wieczorem, kiedy zatrzasnęłam się w swoim pokoju.

TERAPEUTKA: Proszę użyć tej nowej skali jako pomocy. Jak bardzo była pani smutna?

PACJENTKA: No cóż, między umiarkowanie a bardzo.

TERAPEUTKA: Dobrze. Czy mogłaby pani korzystać z tej skali, ilekroć będzie pani próbowała ocenić nasilenie swojego smutku?

PACJENTKA: Tak, mogę to robić.

NASILENIE EMOCJI JAKO WSKAZÓWKA W PROWADZENIU TERAPII

Pacjenci mogą nie wiedzieć, które sytuacje powinni omawiać na sesji. Terapeuta może poprosić pacjenta o ocenę nasilenia negatywnych emocji, jakich on nadal doświadcza, aby na tej podstawie stwierdzić, czy omówienie danej sytuacji przypuszczalnie będzie przydatne. W poniższym fragmencie rozmowy szybko zdałam sobie sprawę, że skupienie się na sytuacji, o której na początku sesji wspomniała Sally, przyniesie niewielkie korzyści.

TERAPEUTKA: A zatem problem, o jakim chce pani porozmawiać, jest związany z pani współlokatorką?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Czy coś się zdarzyło w tym tygodniu?

PACJENTKA: No cóż, poczułam się źle, kiedy umówiła się z chłopakiem, a nie ze mną.

TERAPEUTKA: Jak bardzo źle się pani poczuła w skali od 0 do 100%?

PACJENTKA: Nie wiem. Może na jakieś 25%.

TERAPEUTKA: A teraz jak bardzo źle się pani czuje?

PACJENTKA: (*myśli*) Mniej.

TERAPEUTKA: W takim razie chyba nie poczuła się pani aż tak źle. Czy w tym tygodniu zdarzyła się jakaś inna sytuacja, która bardziej panią zmartwiła?

Tak więc terapeuta dąży do uzyskania jasnego obrazu sytuacji, które były przykre dla pacjenta. Pomaga mu w odróżnieniu myśli od emocji. Przez cały czas stara się zrozumieć emocje pacjenta i pomaga mu w ocenie dysfunkcjonalnych myśli, które wpłynęły na jego nastrój.

Scanned by CamScanner

ROZDZIAŁ 11

WERYFIKOWANIE AUTOMATYCZNYCH MYŚLI

Pacjenci mają setki lub tysiące myśli w ciągu dnia – niektóre są dysfunkcjonalne, a niektóre nie. Na danej sesji terapeuta będzie miał czas na ocenę tylko niewielkiej części z nich. W niniejszym rozdziale opisano, jak:

- Wybierać główne myśli automatyczne.
- Weryfikować ich prawdziwość za pomocą dialogu sokratejskiego.
- Oceniać rezultat procesu weryfikacji.
- Poszukiwać przyczyn ewentualnej nieskuteczności weryfikacji.
- Wykorzystywać alternatywne metody kwestionowania i podważania automatycznych myśli.
- Reagować, kiedy automatyczne myśli są zgodne z prawdą.
- Nauczyć pacjentów weryfikowania automatycznych myśli.

WYBIERANIE GŁÓWNYCH MYŚLI AUTOMATYCZNYCH

Terapeuta rozpoznał automatyczną myśl. Pacjent mógł sformułować spontaniczną wypowiedź podczas sesji (np. „Moim zdaniem nic nie może mi pomóc"), zrelacjonować automatyczną myśl, często z zeszłego tygodnia, lub zrelacjonować automatyczną myśl, która zgodnie z jego przewidywaniem pojawi się w przyszłości. Następnie terapeuta musi rozstrzygnąć, czy jest to ważna myśl, na której należy się skupić – to znaczy, czy jest ona obecnie dokuczliwa, dysfunkcjonalna lub czy może nawracać? Jeśli była to automatyczna myśl z minionego tygodnia, terapeuta może zapytać:

„W jakiej sytuacji myśl ta przyszła panu/i do głowy? Jak bardzo był/a pan/i przekonany/a o jej prawdziwości? Jak bardzo jest pan/i przekonany/a o tym teraz?"
„Jaką emocję myśl ta w panu/i wywołała? Jak bardzo nasilona była wówczas ta emocja? Jak bardzo nasilona jest ona teraz?"
Co pan/i zrobił/a?

Terapeuta zada sobie także pytanie, jakie jest prawdopodobieństwo, że pacjent znowu będzie miał tego rodzaju myśli i że będą mu one dokuczać. Jeśli pacjent spontanicznie wypowiedział daną myśl lub jeśli odnosi się ona do jakiejś sytuacji w przyszłości, terapeuta nieco zmodyfikuje te pytania. Powinien on także ustalić, czy dodatkowe myśli nie były ważniejsze lub bardziej dokuczliwe:

„Czy coś jeszcze przyszło pani do głowy [w tej sytuacji]? Jakieś inne myśli lub wyobrażenia?"
„Które z nich były najbardziej niepokojące?"

W przytoczonym niżej fragmencie rozmowy stwierdzam, że automatyczna myśl Sally była ważna:

TERAPEUTKA: [podsumowuje] A zatem była pani w czwartek na zajęciach i nie znała pani odpowiedzi na pytania, jakie zadał profesor, i poczuła się pani naprawdę smutna, ponieważ pomyślała pani: „Nigdy sobie z tym nie poradzę". W jakim stopniu była pani wówczas przekonana o prawdziwości tej myśli?
PACJENTKA: Bardzo, i byłam naprawdę smutna.
TERAPEUTKA: W jakim stopniu jest pani przekonana o tym teraz i jak silne jest teraz pani uczucie smutku?
PACJENTKA: Nadal myślę, że sobie nie poradzę.
TERAPEUTKA: I myśl ta nadal panią przygnębia?
PACJENTKA: Bardzo.

Okazało się, że jest to ważna myśl automatyczna, która musi być przez nas zweryfikowana. W innym przypadku jednak Sally i ja uznałyśmy, że inna automatyczna myśl prawdopodobnie nie jest warta omówienia. Sally opisywała problem, z jakim zmagała się w bibliotece, a ja zadałam jej kilka pytań, żeby ocenić, czy sytuacja ta wymaga omówienia.

TERAPEUTKA: [podsumowuje] A zatem była pani w bibliotece i nie mogła pani znaleźć potrzebnej książki. Pomyślała

Scanned by CamScanner

pani wtedy: „Ta biblioteka jest źle zorganizowana. Mają zły system" i poczuła pani frustrację. Jak bardzo była pani sfrustrowana?

PACJENTKA: Mniej więcej na 90%.

TERAPEUTKA: Czy nadal jest pani tak bardzo sfrustrowana?

PACJENTKA: Nie, przeszło mi.

TERAPEUTKA: Co pani zrobiła, kiedy była pani sfrustrowana?

PACJENTKA: Wróciłam do pokoju i zajęłam się rozwiązywaniem zadań z chemii. W końcu pożyczyłam książkę od Lisy, ale muszę ją oddać w poniedziałek.

TERAPEUTKA: Więc rozwiązała pani problem. Czy myśli pani, że biblioteka może być źródłem problemów w przyszłości? Na przykład może pani poczuć frustrację i wyjść, ale nie zająć się czymś produktywnym albo nie zdobyć książki, którą pani potrzebuje, w jakiś inny sposób?

PACJENTKA: Myślę, że dam sobie radę. Wiem, czego mogę się spodziewać. Gdybym nie dostała tej książki od Lisy, wróciłabym później do biblioteki i poprosiła o pomoc.

TERAPEUTKA: To dobrze... Wydaje się, że ma pani plan na wypadek, gdyby coś się nie udało. Czy powinnyśmy przejść do następnego punktu programu?

Tutaj stwierdziłam, że automatyczna myśl – choć w danym momencie wywołująca zdenerwowanie – nie uzasadnia dalszej dyskusji, ponieważ: 1) Sally nie odczuwa z jej powodu dyskomfortu, 2) zachowała się w sposób funkcjonalny, 3) problem został rozwiązany oraz 4) Sally jest dobrze przygotowana do rozwiązania tego samego problemu w przyszłości.

Dlaczego pacjenci zgłaszają problemy i myśli automatyczne, które nie są ważne? Na ogół dzieje się tak dlatego, że po prostu nie są dobrze zaznajomieni z terapią. Mogą jednak nauczyć się oceniania, co powinno się stać tematem rozmowy.

Nawet jeśli pacjent zgłasza ważną myśl automatyczną, terapeuta może postanowić, że nie będzie się na niej skupiał, zwłaszcza jeśli:

- Uzna, że w ten sposób mógłby narazić na szwank relację terapeutyczną (np. zauważy, że pacjent czuje się zdeprecjonowany).
- Poziom cierpienia pacjenta jest zbyt wysoki, aby oceniać jego myśli.
- Pozostało za mało czasu na sesji, aby pomóc pacjentowi w skutecznym podważeniu tej myśli.

- Oceni, że ważniejsza jest praca nad innym elementem modelu poznawczego (np. może zamiast tego skupić się na rozwiązaniu problemu, nauczyć pacjenta technik regulacji emocji, omówić bardziej przystosowawcze reakcje behawioralne lub zająć się reakcją fizjologiczną pacjenta).
- Stwierdzi, że ważniejsze jest wydobycie i omówienie dysfunkcjonalnego przekonania leżącego u podłoża automatycznej myśli.
- Stwierdzi, że ważniejsze jest omówienie innego problemu.

WERYFIKOWANIE AUTOMATYCZNYCH MYŚLI ZA POMOCĄ DIALOGU SOKRATEJSKIEGO

Po wydobyciu automatycznej myśli, uznaniu jej za ważną i wiążącą się z cierpieniem lub dyskomfortem oraz rozpoznaniu towarzyszących jej reakcji (emocjonalnych, fizjologicznych i behawioralnych) terapeuta może wspólnie z pacjentem postanowić o zweryfikowaniu jej wiarygodności. *Rzadko jednak terapeuta kwestionuje automatyczną myśl bezpośrednio*. Są ku temu trzy powody.

1. Zazwyczaj nie wie wcześniej, w jakim stopniu dana myśl automatyczna jest zniekształcona (np. myśl Sally, że nikt nie chciał zjeść z nią kolacji, mogła być prawomocna).
2. Bezpośrednie kwestionowanie może wywołać u pacjenta poczucie deprecjacji (np. Sally mogłaby pomyśleć: „Moja terapeutka mówi mi, że się mylę").
3. Zakwestionowanie treści poznawczej łamie podstawową zasadę terapii poznawczo-behawioralnej – empiryzmu opartego na współpracy. Terapeuta i pacjent wspólnie analizują automatyczną myśl, weryfikują jej prawomocność i użyteczność oraz formułują bardziej przystosowawczą odpowiedź.

Terapeuta powinien także pamiętać, że automatyczne myśli rzadko bywają całkowicie błędne. Zazwyczaj zawierają ziarno prawdy, które należy uznać.

Rycina 11.1 zawiera listę pytań sokratejskich, które mogą pomóc pacjentowi w weryfikacji jego myśli. (W rzeczywistości określenie „sokratejskie" jest niekiedy niewłaściwe; metoda pytań sokratejskich, pochodząca od Sokratesa, wiąże się z dyskusją dialektyczną). Pacjenci potrzebują ustrukturyzowanej metody do weryfikacji swoich myśli, w innym wypadku ich reakcje na automatyczne myśli mogą być powierzchowne i nieprzekonujące oraz mogą nie poprawić ich nastroju ani funkcjonowania. Weryfikacja powinna być bezstronna. Nie chcemy, aby pacjenci na przykład lekceważyli dowody, które potwierdzają automatyczną myśl, wymyślali alternatywne wyjaśnienia, które są

Scanned by CamScanner

mało prawdopodobne, czy przyjmowali nierealistycznie pozytywny pogląd na temat tego, co może się zdarzyć.

Ważne jest, aby zakomunikować pacjentowi, że nie wszystkie pytania z ryciny 11.1 są odpowiednie dla każdej myśli automatycznej. Ponadto wykorzystanie wszystkich pytań, nawet jeśli z logicznego punktu widzenia są one właściwe, może być niezręczne i czasochłonne. Pacjent może w ogóle zrezygnować z weryfikowania myśli, jeśli uzna ten proces za zbyt uciążliwy. Zazwyczaj terapeuta wprowadza tylko jedno lub kilka pytań naraz.

Terapeuta może wykorzystać pytania już na pierwszej sesji, aby ocenić wiarygodność wybranej myśli automatycznej. Na kolejnej sesji zacznie wyjaśniać tę procedurę bardziej bezpośrednio, aby pacjenci mogli się nauczyć weryfikowania swoich myśli pomiędzy sesjami:

TERAPEUTKA: (*podsumowuje dotychczasowy przebieg sesji; zapisuje automatyczne myśli na kartce, tak aby obie miały je przed oczyma*) A zatem kiedy po drodze na zajęcia spotkała pani Karen, pomyślała pani: „Tak naprawdę nie obchodzi jej, co się ze mną dzieje", i ta myśl wywołała w pani smutek?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: W jakim stopniu była pani wówczas przekonana o prawdziwości tej myśli?

PACJENTKA: W dość dużym. Mniej więcej na 90%.

TERAPEUTKA: Jak oceniłaby pani nasilenie smutku?

PACJENTKA: Może na 80%.

TERAPEUTKA: Czy pamięta pani, o czym mówiłyśmy tydzień temu? Czasami myśli automatyczne są zgodne z prawdą, czasami nie, ale bywa też, że tkwi w nich ziarno prawdy. Czy możemy się przyjrzeć teraz pani myśli o Karen i sprawdzić, jak się ona ma do rzeczywistości?

PACJENTKA: Dobrze.

Terapeuta może wykorzystać dowolny zestaw pytań, żeby pomóc pacjentowi w weryfikacji jego myśli, ale pytania z ryciny 11.1 mogą być przydatne, ponieważ naprowadzają terapeutę i pacjenta na:

- Przeanalizowanie prawomocności automatycznej myśli.
- Zbadanie możliwości innych interpretacji lub punktów widzenia.
- Dekatastrofizację problemowej sytuacji.
- Rozpoznanie wpływu przekonania o prawdziwości automatycznej myśli.
- Nabranie dystansu do tej myśli.
- Podjęcie działań na rzecz rozwiązania problemu.

1. Jakie dowody świadczą na korzyść tej myśli?
   Jakie dowody świadczą przeciwko tej myśli?
2. Czy istnieje alternatywne wytłumaczenie lub punkt widzenia?
3. Co może się zdarzyć w *najgorszym* wypadku (jeśli jeszcze nie pomyślałem/am o najgorszym)?
   Jeśli to się stanie, jak mogę sobie poradzić?
   Co mogłoby się zdarzyć w najlepszym wypadku?
   Jaki jest najbardziej prawdopodobny rozwój wypadków?
   Jaki jest skutek mojego przekonania o prawdziwości automatycznej myśli?
4. Jaki mógłby być skutek zmiany mojego myślenia?
5. Co powiedziałbym/powiedziałabym _____ [konkretny przyjaciel/przyjaciółka lub członek rodziny], gdyby to on/ona znalazł/a się w takiej sytuacji?
6. Co powinienem/powinnam zrobić?

Rycina 11.1. Weryfikacja automatycznych myśli

Każde z pytań opisano poniżej.

Pytania o dowody

Ponieważ automatyczne myśli zwykle zawierają ziarno prawdy, pacjenci zazwyczaj mają pewne dowody na rzecz ich adekwatności (których terapeuta poszukuje w pierwszej kolejności), ale często nie potrafią rozpoznać dowodów przemawiających przeciwko niej (których terapeuta poszukuje w drugiej kolejności):

TERAPEUTKA: Czy ma pani jakieś dowody na to, że Karen naprawdę nie obchodzi, co się z panią dzieje?

PACJENTKA: No cóż, minęłyśmy się na ulicy. Wyglądała, jakby się bardzo spieszyła. Powiedziała tylko szybko: „Cześć, Sally, do zobaczenia później", i pobiegła dalej. Nawet na mnie nie spojrzała.

TERAPEUTKA: Coś jeszcze?

PACJENTKA: Nie, już nic nie przychodzi mi do głowy. Poza tym, że czasem jest dość zajęta i nie ma dla mnie zbyt wiele czasu.

TERAPEUTKA: Coś jeszcze?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: (*myśli*) Nie, to chyba wszystko.

TERAPEUTKA: Dobrze. Czy są jakieś dowody, które przemawiałyby za tym, że może obchodzi ją, co się z panią dzieje?

PACJENTKA: (*odpowiada ogólnikowo*) No cóż, jest dość miła. Kolegujemy się z sobą od początku szkoły.

TERAPEUTKA: [pomaga Sally w bardziej konkretnym myśleniu] Co takiego robi lub mówi, co mogłoby świadczyć o tym, że panią lubi?

PACJENTKA: Hmm... zazwyczaj pyta, czy chciałabym pójść z nią coś zjeść. Czasami do późna gadamy o różnych rzeczach.

TERAPEUTKA: Dobrze... Więc z jednej strony wczoraj minęła panią w pośpiechu i niewiele powiedziała. Zdarzają się również chwile, kiedy jest dość zajęta. Z drugiej strony jednak zazwyczaj zaprasza panią na kolację i czasami do późna rozmawiacie. Zgadza się?

PACJENTKA: Tak.

Tutaj delikatnie sondowałam Sally, chcąc *odkryć dowody* dotyczące prawomocności jej myśli. Uzyskawszy dowody za i przeciw, podsumowałam to, co Sally powiedziała.

Pytania o alternatywne wyjaśnienia

W następnym fragmencie pomagam Sally w *wymyśleniu rozsądnego alternatywnego wyjaśnienia* tego, co się zdarzyło.

TERAPEUTKA: Dobrze. Przyjrzyjmy się teraz ponownie tej sytuacji. Czy może być jakieś inne wyjaśnienie tego, co się stało – oprócz tego, że Karen nie obchodzi, co się z panią dzieje?

PACJENTKA: Nie wiem.

TERAPEUTKA: Dlaczego jeszcze mogła tak szybko panią minąć?

PACJENTKA: Nie jestem pewna. Może musiała iść na zajęcia. Może była gdzieś spóźniona.

Pytania dekatastrofizacyjne

Wielu pacjentów spodziewa się najgorszego scenariusza. Jeśli automatyczna myśl pacjenta nie zawiera katastrofy, często warto go zapytać o jego najgorsze obawy. W obu przypadkach należy następnie zadać pacjentowi pytanie, co zrobi, jeśli rzeczywiście wydarzy się to, co najgorsze.

TERAPEUTKA: Dobrze. Co mogłoby się zdarzyć w *najgorszym* wypadku?

PACJENTKA: Chyba to, że naprawdę mnie nie lubi. Że nie mogłabym liczyć na jej pomoc.

TERAPEUTKA: Jak by sobie pani z tym poradziła?

PACJENTKA: No cóż, nie cieszyłabym się z tego. Chyba musiałabym przestać liczyć na jej przyjaźń.

TERAPEUTKA: [zadaje podchwytliwe pytania, aby pomóc jej w wypracowaniu zdrowej reakcji] Czy ma pani inne przyjaciółki, na które może pani liczyć?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: A zatem poradziłaby sobie pani?

PACJENTKA: Tak, poradziłabym sobie.

Najgorsze obawy pacjentów są często nierealistyczne. Zadaniem terapeuty jest pomóc pacjentom w wyobrażeniu sobie bardziej prawdopodobnego rozwoju wypadków, ale wielu z nich ma z tym trudności. Terapeuta może im pomóc w wytężeniu wyobraźni, pytając najpierw o najlepszy scenariusz.

TERAPEUTKA: Jest zatem mało prawdopodobne, że wydarzy się najgorsze. Co mogłoby się zdarzyć w najlepszym wypadku?

PACJENTKA: Że zda sobie sprawę, że mnie zignorowała. Że przeprosi.

TERAPEUTKA: A jaki rozwój wypadków jest *najbardziej prawdopodobny*?

PACJENTKA: Że naprawdę się śpieszyła i nadal będziemy przyjaciółkami.

W poprzednim fragmencie pomagam Sally dostrzec, że nawet w najgorszym wypadku ona i tak da sobie radę. Sally zdaje sobie też sprawę, że jest mało prawdopodobne, aby jej najgorsze obawy się spełniły.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... najgorsze obawy pacjenta dotyczą tego, że on umrze?

Odpowiedź: Z oczywistych względów terapeuta nie zada pytania: „Jak mógłby/mogłaby pan/i sobie poradzić?". Może natomiast zapytać o najlepszy i najbardziej prawdopodobny rozwój wypadków. Może także zbadać, jakie byłyby najgorsze aspekty śmierci: sam proces umierania, ewentualne życie pozagrobowe czy los bliskich osób po śmierci pacjenta.

Scanned by CamScanner

Pytania o wpływ automatycznej myśli

Poniżej pomagam Sally *ocenić konsekwencje reagowania i niereagowania* na jej zniekształconą myśl.

TERAPEUTKA: Jaki jest *skutek pani myśli*, że koleżanka już pani nie lubi?

PACJENTKA: Jestem smutna. Chyba też trochę się od niej odsuwam.

TERAPEUTKA: A jaki byłby *skutek zmiany pani myślenia*?

PACJENTKA: Poczułabym się lepiej.

Pytania pomagające w nabraniu dystansu

Często korzystne dla pacjenta jest nabranie dystansu do swoich myśli dzięki wyobrażeniu sobie, co on sam powiedziałby przyjacielowi lub członkowi rodziny w takiej sytuacji.

TERAPEUTKA: Załóżmy, że pani koleżanka Allison ma przyjaciółkę, która czasami się śpieszy i trochę ignoruje Allison, ale czasami wydaje się, że jej zależy na podtrzymaniu przyjaźni. Gdyby Allison przyszła do głowy myśl: „Moją przyjaciółkę nie obchodzi, co się ze mną dzieje", co by jej pani powiedziała?

PACJENTKA: Chyba powiedziałabym jej, żeby nie przywiązywała dużej wagi do tych chwil, kiedy ona wydaje się śpieszyć, zwłaszcza jeśli jej przyjaciółka ładnie się zachowała.

TERAPEUTKA: Czy odnosi się to także do pani?

PACJENTKA: Tak, chyba tak.

Pytania ukierunkowane na rozwiązanie problemu

Odpowiedź na to pytanie może mieć charakter poznawczy lub behawioralny. Poznawcza część mogłaby się wiązać z zaleceniem, aby pacjent zapamiętał swoje odpowiedzi na te pytania. W przypadku Sally sformułowałyśmy plan behawioralny.

TERAPEUTKA: Jak pani myśli, co powinna pani *zrobić* w tej sytuacji?

PACJENTKA: Hm... Nie jestem pewna, czy dobrze panią rozumiem...

TERAPEUTKA: No cóż, po wczorajszym zdarzeniu odsunęła się pani od Karen.

PACJENTKA: Tak, chyba tak. Nie byłam zbyt rozmowna, kiedy spotkałyśmy się rano.

TERAPEUTKA: Więc dzisiaj rano nadal zachowywała się pani tak, jakby ta pierwsza myśl była zgodna z prawdą. W jaki inny sposób mogłaby się pani zachować?

PACJENTKA: Mogłabym więcej z nią rozmawiać, okazać jej większą życzliwość.

Gdybym nie miała pewności co do społecznych umiejętności Sally lub jej motywacji do zrealizowania tego planu (zakładającego okazanie koleżance większej życzliwości), mogłabym przez kilka minut zadawać jej następujące pytania: „Kiedy ją pani znowu zobaczy?", „Jak pani myśli, może warto byłoby nawiązać z nią kontakt?", „Co mogłaby pani jej powiedzieć, kiedy się zobaczycie?", „Czy coś mogłoby pani przeszkodzić w powiedzeniu tego?". (W razie potrzeby mogłabym modelować użycie odpowiednich wypowiedzi lub polecić Sally odegranie rozmowy z koleżanką).

OCENA REZULTATU PROCESU WERYFIKACJI

W końcowej części tej rozmowy oceniam, w jakim stopniu Sally jest obecnie przekonana o prawdziwości pierwotnej automatycznej myśli i jakie odczuwa emocje. Na tej podstawie decyduję, czym się zająć w dalszej części spotkania.

TERAPEUTKA: Dobrze. W jakim stopniu jest pani przekonana o prawdziwości tej myśli: „Tak naprawdę Karen nie obchodzi, co się ze mną dzieje"?

PACJENTKA: W niewielkim. Na jakieś 20%.

TERAPEUTKA: W porządku. Na ile ocenia pani poziom swojego smutku?

PACJENTKA: Też na tyle.

TERAPEUTKA: Dobrze. Wygląda na to, że to ćwiczenie było przydatne. Zastanówmy się teraz nad tymi pytaniami i sprawdźmy, które z nich pomogło.

Terapeuta i pacjentka nie wykorzystują wszystkich pytań przedstawionych na rycinie 11.1 w odniesieniu do każdej ocenianej myśli automatycznej. Czasami żadne z pytań nie wydaje się przydatne i wówczas terapeuta może obrać zupełnie inną taktykę (zob. s. 190–198).

Scanned by CamScanner

POSZUKIWANIE PRZYCZYN NIESKUTECZNOŚCI WERYFIKACJI

Jeśli pacjent nadal jest w znacznym stopniu przekonany o prawdziwości automatycznej myśli i nie czuje się lepiej pod względem emocjonalnym, terapeuta musi poszukać przyczyn niedostatecznej skuteczności wstępnej próby restrukturyzacji poznawczej. Oto najczęstsze powody, jakie należy rozważyć:

1. Są inne, ważniejsze automatyczne myśli lub wyobrażenia, które nie zostały rozpoznane czy zweryfikowane.
2. Weryfikacja automatycznej myśli jest niewiarygodna, powierzchowna lub nieadekwatna.
3. Pacjent nie sformułował w pełni dowodów, które w jego przekonaniu przemawiają za automatyczną myślą.
4. Sama automatyczna myśl jest także kluczowym przekonaniem.
5. Pacjent rozumie na poziomie intelektualnym, że automatyczna myśl jest zniekształcona, ale nie jest o tym przekonany na poziomie emocjonalnym.

W pierwszym wypadku *pacjent nie zwerbalizował najważniejszej automatycznej myśli czy wyobrażenia*. Na przykład John informuje o myśli: „Jeśli będę się starał dostać [do miejscowej drużyny koszykarskiej], prawdopodobnie mi się to nie uda". Weryfikacja tej myśli nie wpływa zbytnio na jego smutek, ponieważ ma on inne (ale nierozpoznane) myśli: „A jeśli pomyślą, że jestem marnym zawodnikiem?", „A jeśli będę popełniał głupie błędy?". W jego głowie pojawia się także wyobrażenie, jak trener i inni zawodnicy patrzą na niego z szyderczym, pełnym pogardy wyrazem twarzy.

W drugim wypadku pacjent *podważa automatyczną myśl w sposób powierzchowny*. John myśli: „Nie skończę tej pracy. Mam zbyt wiele do zrobienia". Zamiast starannie ocenić tę myśl, John po prostu odpowiada: „Nie, chyba to zrobię". Reakcja ta jest niewystarczająca i jego lęk się nie zmniejsza.

W trzecim wypadku *terapeuta nie bada gruntownie, jakie są dowody na to, że automatyczna myśl jest zgodna z prawdą, i dlatego pacjent nie formułuje ich w pełni*. Prowadzi to do sformułowania nieskutecznej odpowiedzi przystosowawczej, co widać w poniższym przykładzie:

TERAPEUTKA: W porządku. Jakie ma pan dowody, że pańska siostra nie przejmuje się pana losem?

PACJENT: No cóż, w ogóle do mnie nie dzwoni. Zawsze ja dzwonię do niej.

TERAPEUTKA: W porządku. Jakieś dowody przemawiające za tym, że jest odwrotnie? Że zależy jej na panu, że chce być z panem w dobrych stosunkach?

Gdyby terapeuta Johna wypytywał go dalej, odkryłby inne dowody, jakie miał John na poparcie swojej automatycznej myśli: że podczas urlopu jego siostra spędzała więcej czasu ze swoimi przyjaciółkami niż z nim, że wydawała się zniecierpliwiona, kiedy do niej dzwonił, oraz że nie wysłała mu na urodziny kartki z życzeniami. Wydobywszy te dodatkowe dane, terapeuta mógł pomóc Johnowi w bardziej skutecznym przeanalizowaniu dowodów i zbadał alternatywne wyjaśnienia zachowania jego siostry.

W czwartym wypadku *pacjent rozpoznaje automatyczną myśl, która jest także kluczowym przekonaniem*. John często myśli: „Jestem do niczego". Jest tak mocno przekonany o prawdziwości tego poglądu, że pojedyncza weryfikacja nie zmienia jego percepcji ani związanych z nim emocji. Jego terapeuta musi zastosować wiele technik, żeby zmienić to przekonanie (zob. rozdział 14).

W piątym wypadku *pacjent pokazuje, że jest przekonany o prawdziwości przystosowawczej odpowiedzi na poziomie intelektualnym, w swoim umyśle, ale nie na poziomie emocjonalnym, w głębi serca czy duszy*. Lekceważy przystosowawczą odpowiedź. W tym wypadku terapeuta i pacjent muszą zbadać niewyartykułowane przekonanie, które kryje się *za* automatyczną myślą:

TERAPEUTKA: Jak bardzo byłby pan przekonany o tym, że to nie pana wina, gdyby zostanie pan zwolniony z pracy?

PACJENT: No cóż, mógłbym to zrozumieć na poziomie intelektualnym.

TERAPEUTKA: Ale?

PACJENT: Chociaż zdaję sobie sprawę z kryzysu, nadal uważam, że powinienem być w stanie utrzymać pracę.

TERAPEUTKA: W porządku, załóżmy przez chwilę, że rzeczywiście został pan zwolniony. Co byłoby w tym dla pana najgorsze albo co by to dla pana znaczyło?

Tutaj terapeuta Johna odkrywa, że tak naprawdę nie jest on przekonany o prawdziwości przystosowawczej odpowiedzi i ujawnia założenie: *Jeśli stracę pracę, to będzie oznaczało, że jestem do niczego*.

Tak więc po zweryfikowaniu automatycznej myśli terapeuta prosi pacjenta o ocenę, w jakim stopniu jest on przekonany o prawdziwości przystosowawczej odpowiedzi i jakie odczuwa emocje. Jeśli jego przekonanie jest słabe i nadal cierpi, terapeuta powinien poszukać przyczyn, dla których przeanalizowanie myśli nie złagodziło jego cierpienia, i zaplanować strategię, co dalej robić.

Scanned by CamScanner

ANALIZA MYŚLI PACJENTA ZA POMOCĄ METOD ALTERNATYWNYCH

Zamiast lub oprócz pytań z ryciny 11.1 terapeuta może:

- Użyć alternatywnych pytań.
- Rozpoznać zniekształcenie poznawcze.
- Podzielić się własnymi doświadczeniami.

Strategie te opisano poniżej.

Używanie alternatywnych pytań

Poniższy fragment rozmowy pokazuje, jak zmieniać pytania, kiedy terapeuta stwierdza, że standardowe będą nieskuteczne.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani do głowy [kiedy zapytała pani matkę, czy nie ma nic przeciwko skróceniu pani wakacyjnej wizyty u niej, i w jej głosie usłyszała pani urazę i złość]?

PACJENTKA: Powinnam wiedzieć, że to nie był najlepszy moment na rozmowę. Nie powinnam dzwonić.

TERAPEUTKA: Jakie ma pani na to dowody?

PACJENTKA: No cóż, rano mama zazwyczaj bardzo się spieszy. Gdybym poczekała, aż wróci z pracy, mogłaby być w lepszym humorze.

TERAPEUTKA: Przytrafiło się to pani wcześniej?

PACJENTKA: No cóż, tak, ale chciałam od razu powiedzieć koleżance, czy ją odwiedzę, aby mogła zaplanować sobie czas.

TERAPEUTKA: Więc miała pani ważny powód, żeby zadzwonić rano i, jak się zdaje, wiedziała pani, że to może być ryzykowne, ale chciała pani jak najszybciej powiedzieć koleżance, tak?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Czy to rozsądne, żeby tak bardzo obwiniać się za podjęcie ryzyka?

PACJENTKA: Nie...

TERAPEUTKA: Chyba pani nie przekonałam... W każdym razie, patrząc z szerszej perspektywy, jak bardzo dotkliwe jest dla pani mamy uczucie urazy wywołane tym, że chce pani spędzić jeden tydzień wakacji z koleżanką?

Po tych pytaniach zadałam kolejne: Jak bardzo pani matka poczuła się urażona? Jak długo ten stan trwał w takim nasileniu? Jak może się matka teraz czuć? Czy to możliwe, żeby nigdy nie sprawiła Pani mamie bólu? Czy w ogóle może pani robić to, co dla pani najlepsze, nigdy nie urażając przy tym matki – przyjmując, że ona chce z panią spędzać jak najwięcej czasu? Czy kierowanie się w swoim postępowaniu zasadą, żeby *nigdy* nie urazić czyichś uczuć jest pożądane? Z czego musiałaby pani sama zrezygnować?

Powyższa rozmowa pokazuje, jak za pomocą niestandardowych pytań pomóc pacjentowi w przyjęciu bardziej przystosowawczego punktu widzenia. Chociaż zaczęłam od kwestionowania *prawomocności* myśli, wkrótce skupiłam się na *niejawnym podstawowym przekonaniu* (które omówiłyśmy już wcześniej w kontekście innych sytuacji): „Nie można ranić uczuć innych ludzi". Pod koniec zadałam Sally pytanie otwarte („Jak teraz patrzy pani na tę sytuację?"), aby zobaczyć, czy potrzebuje więcej pomocy w podważaniu swoich myśli. Warto zauważyć, że wiele zadawanych przeze mnie pytań to różne wersje pytania drugiego z ryciny 11.1: „Czy istnieje alternatywne wytłumaczenie [tego, że zadzwoniła pani do matki właśnie w tym momencie i że matka czuje się urażona – wytłumaczenie inne niż to, że była pani zła i że to pani wina]?".

Rozpoznawanie zniekształceń poznawczych

Pacjenci mają skłonność do popełniania ciągle takich samych błędów w myśleniu. U pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne często występuje systematyczna negatywna tendencyjność w przetwarzaniu informacji (Beck, 1976). Najbardziej powszechne błędy przedstawiono na rycinie 11.2 (zob. też Burns, 1980). Często warto nazywać zniekształcenia i nauczyć pacjenta, aby robił to samo. Terapeuta może odnotowywać w pamięci typowe zniekształcenia w myśleniu pacjenta i wskazywać na konkretne zniekształcenie, kiedy rozpozna określony wzorzec:

TERAPEUTKA: Tego rodzaju myśl, że albo dostanie pani piątkę i odniesie sukces, albo nie dostanie pani, więc jest pani do niczego – to właśnie nazywamy myśleniem typu wszystko albo nic. Czy brzmi to dla pani znajomo? Pamiętam, że myślała pani także, iż albo wszystko pani zrozumie w jakimś rozdziale podręcznika, albo jest pani głupia. Czy uważa pani, że dobrze byłoby wystrzegać się tego rodzaju myślenia?

Terapeuta może także dać pacjentowi listę zniekształceń (rycina 11.2), jeśli uzna, że nie będzie ona dla niego przytłaczająca. Na innej

Scanned by CamScanner

1. **Myślenie w kategoriach wszystko albo nic** (zwane również myśleniem w kategoriach czarno-białych, spolaryzowanym albo dychotomicznym): Widzimy tylko dwie skrajne możliwości, nie dostrzegając rozwiązań pośrednich.
   Przykład: „Jeśli nie odniosę całkowitego sukcesu, to jestem do niczego".

2. **Katastrofizacja** (zwana również przepowiadaniem przyszłości): Przewidujemy negatywną przyszłość, nie biorąc pod uwagę innych, bardziej prawdopodobnych możliwości.
   Przykład: „Tak się rozkleję, że nie będę w stanie normalnie funkcjonować".

3. **Lekceważenie lub pomijanie pozytywnych informacji**: Nie opierając się na żadnych rozsądnych przesłankach, mówimy sobie, że pozytywne doświadczenia, uczynki lub cechy się nie liczą.
   Przykład: „Dobrze zrobiłem ten projekt, ale to nie znaczy, że jestem kompetentny. Po prostu miałem szczęście".

4. **Uzasadnianie emocjonalne**: Myślimy, że coś musi być prawdą, gdyż mocno to „czujemy" (tak naprawdę wierzymy), lekceważąc lub pomijając dowody na rzecz tezy przeciwnej.
   Przykład: „Wiem, że wiele rzeczy w pracy robię dobrze, ale nadal czuję, że jestem do niczego".

5. **Etykietowanie**: Przyklejamy sztywne, ogólnikowe etykiety sobie i innym, nie biorąc pod uwagę, że dowody mogą zasadnie sugerować mniej katastrofalne wnioski.
   Przykład: „Jestem nieudacznikiem. On jest do niczego".

6. **Wyolbrzymianie/umniejszanie**: Oceniając siebie, inne osoby czy sytuacje, nie opieramy się na rozsądnych przesłankach, lecz wyolbrzymiamy negatywne aspekty i/lub umniejszamy pozytywne.
   Przykład: „Mierne oceny dowodzą, że jestem niekompetentna. Dobre oceny nie dowodzą, że jestem inteligentna".

7. **Filtr mentalny** (zwany również selektywną uwagą): Nadmiernie skupiamy się na jednym negatywnym szczególe, zamiast uwzględnić pełny obraz.
   Przykład: „Dostałem niską ocenę w raporcie [w którym było również kilka wysokich ocen]. To oznacza, że źle pracuję".

8. **Czytanie w myślach**: Uważamy, że wiemy, co myślą inni, nie uwzględniając innych, bardziej prawdopodobnych możliwości.
   Przykład: „Myśli, że nie mam pojęcia o tym projekcie".

9. **Nadmierne uogólnianie**: Wyciągamy ogólny negatywny wniosek, który daleko wykracza poza bieżącą sytuację.
   Przykład: [Ponieważ czułam się nieswojo na zebraniu,] nie mam cech koniecznych do nawiązania przyjaźni".

10. **Personalizacja**: Jesteśmy przekonani, że inni zachowują się negatywnie z naszego powodu. Nie bierzemy pod uwagę bardziej prawdopodobnych wyjaśnień.
    Przykład: „Mechanik był dla mnie niemiły, bo zrobiłem coś nie tak".

11. **Nadużywanie imperatywów** (częste używanie stwierdzeń typu „muszę" i „powinienem/powinnam"): Mamy dokładne i stałe wyobrażenie na temat tego, jak powinniśmy się zachowywać i jak powinni zachowywać się inni. Przeceniamy negatywne konsekwencje niespełnienia tych oczekiwań.
    Przykład: „To straszne, że popełniłam błąd. Zawsze powinnam robić, co w mojej mocy".

12. **Widzenie tunelowe**: Widzimy jedynie negatywne aspekty sytuacji.
    Przykład: „Nauczycielka syna jest beznadziejna. Wszystkiego się czepia, jest gruboskórna i nie potrafi uczyć".

Rycina 11.2. Błędy w myśleniu. Zaadaptowane za zgodą dr. Aarona T. Becka

sesji dałam Sally tę listę i wspólnie rozpoznałyśmy jej typowe automatyczne myśli oraz widoczne w nich zniekształcenia. Na przykład:

Katastrofizacja: „Wylecę ze szkoły".
Myślenie w kategoriach wszystko albo nic: „Jeśli nie mogę przeczytać całego rozdziału, to w ogóle nie warto zabierać się do czytania".
Czytanie w myślach: „Moja współlokatorka nie chce, żebym jej zawracała głowę".
Uzasadnianie emocjonalne: „Czuję się taka niekompetentna".

Sally trzymała tę listę pod ręką i często do niej sięgała, kiedy weryfikowała swoje automatyczne myśli. Pomagało jej to w nabraniu większego dystansu do swego myślenia i pozwalało mocniej wierzyć, że być może automatyczna myśl nie jest zgodna z prawdą lub przynajmniej nie jest całkowicie zgodna z prawdą.

Choć niektóre automatyczne myśli są zgodne z prawdą, to wiele z nich nie odpowiada rzeczywistości lub zawiera jedynie ziarno prawdy. Typowe błędy w myśleniu przedstawia rycina 11.2.

Dzielenie się własnymi doświadczeniami

Niekiedy zamiast lub oprócz dialogu sokratejskiego bądź innych metod terapeuta może roztropnie podzielić się z pacjentem własnymi doświadczeniami w zmienianiu automatycznych myśli:

TERAPEUTKA: Wie pani, czasami przychodzą mi do głowy podobne myśli: „Muszę wszystkich uszczęśliwiać". Wtedy jednak powtarzam sobie, że moim obowiązkiem jest

Scanned by CamScanner

dbanie o siebie i że pewnie świat się nie skończy, jeśli ktoś będzie rozczarowany (*pauza*). Czy uważa pani, że odnosi się to także do pani sytuacji?

KIEDY AUTOMATYCZNE MYŚLI SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ

Czasami automatyczne myśli okazują się prawdziwe i terapeuta może wtedy:

- Skupić się na rozwiązaniu problemu.
- Zbadać, czy pacjent wyciągnął nieprawomocny lub dysfunkcjonalny wniosek.
- Pracować nad akceptacją.

Strategie te zostały opisane poniżej.

Skupienie się na rozwiązaniu problemu

Nie wszystkie problemy mogą być rozwiązane, ale jeśli sposób postrzegania sytuacji przez pacjenta wydaje się trafny, terapeuta może zbadać, czy problem da się rozwiązać, przynajmniej w jakimś stopniu. W przedstawionym niżej fragmencie rozmowy wspólnie z Sally weryfikowałyśmy jej automatyczną myśl: „Zabraknie mi pieniędzy", a dowody zdawały się przemawiać za tym, że jest to prawomocne spostrzeżenie.

TERAPEUTKA: A zatem nawet jeśli będzie pani uważać, to wydaje się, że pod koniec roku nie będzie panią stać na opłacenie akademika... Czy próbowała już pani jakoś temu zaradzić?

PACJENTKA: Nie, tak naprawdę nie. Nie chcę prosić rodziców o więcej. Już i tak u nich krucho.

TERAPEUTKA: Ale w ostateczności może się pani do nich zwrócić?

PACJENTKA: Być może...

TERAPEUTKA: Czy myślała pani o jakimś innym rozwiązaniu?

PACJENTKA: Nie, chyba już nic więcej nie mogę zrobić.

TERAPEUTKA: A rozmawiała pani z dziekanem?

PACJENTKA: Nie pomyślałam o tym.

TERAPEUTKA: Całkiem możliwe, że mógłby pomóc. Myślę, że jest sporo studentów, którzy zmagają się z trudnościami finansowymi. Dziekan mógłby zaproponować kolejną pożyczkę studencką, rozłożenie płatności na raty lub może jest jakiś fundusz awaryjny, z którego mogłaby pani skorzystać.

PACJENTKA: Mam nadzieję.

TERAPEUTKA: No cóż, czy chce pani zacząć od dziekana? Jeśli to nie odniesie skutku, możemy za pomocą burzy mózgów wymyślić inne rozwiązania: znalezienie pracy, przeprowadzenie się do kogoś, pożyczenie pieniędzy od innego krewnego... Jest wiele rzeczy, które mogłaby pani zrobić, a o których pani nie pomyślała, ponieważ cierpi pani na depresję.

Zbadanie nieprawomocnych wniosków

Chociaż automatyczna myśl bywa zgodna z prawdą, jej *znaczenie* może być nieprawomocne lub przynajmniej nie całkiem prawomocne (jak pokazano niżej) i terapeuta może zbadać podstawowe przekonanie lub wniosek.

TERAPEUTKA: A zatem wydaje się, że naprawdę zraniła pani uczucia przyjaciółki.

PACJENTKA: Tak, bardzo źle się z tym czuję.

TERAPEUTKA: Co to dla pani oznacza, że zraniła pani jej uczucia? Albo czego się pani w związku z tym obawia?

PACJENTKA: Nigdy nie powinnam była jej tego powiedzieć. Jestem okropną przyjaciółką... Jestem okropnym człowiekiem! Już nigdy nie będzie chciała ze mną rozmawiać!

TERAPEUTKA: W porządku, czy możemy się najpierw nad tym zastanowić? Czy ma pani jakieś inne dowody na to, że jest pani strasznym człowiekiem?... Czy są jakieś dowody na rzecz tezy przeciwnej – że może nie jest pani taka?

Praca na rzecz akceptacji

Niektóre problemy nie mogą być rozwiązane i być może nigdy nie zostaną rozwiązane. W takiej sytuacji należy pomóc pacjentowi w zaakceptowaniu tego faktu. Pacjent może się czuć nieszczęśliwy, jeśli żywi nierealistyczne oczekiwania, że nierozwiązywalny problem w jakiś – prawie magiczny – sposób znajdzie swoje rozwiązanie. W tym czasie należy go nauczyć, jak skupić się na swoich zasadniczych wartościach, kłaść większy nacisk na bardziej satysfakcjonujące aspekty

Scanned by CamScanner

swego życia i wzbogacać je o nowe doświadczenia. Wiele strategii przeznaczonych do wzmacniania akceptacji można znaleźć w książce Hayesa i współpracowników (2004).

UCZENIE PACJENTÓW WERYFIKOWANIA MYŚLI

W pewnym momencie terapeuta może dać pacjentowi kopię listy pytań z ryciny 11.1. Może to zrobić zaraz po tej części sesji, na której werbalnie zadał te pytania, lub może to odłożyć na później, jeśli jego pytania nie były zbyt skuteczne, jeśli nie miał wystarczająco dużo czasu na omówienie ryciny 11.1 z pacjentem lub jeśli uważa, że pacjent będzie przytłoczony. Wielu pacjentów poradzi sobie lepiej, jeśli terapeuta nauczy ich jednego lub dwóch pytań, zapisując je na osobnej kartce papieru. Terapeuta może dać innym pacjentom pełną listę i po prostu zaznaczać pytania w miarę ich omawiania.

Oceniania automatycznych myśli można się nauczyć. Jedni pacjenci opanowują tę umiejętność bardzo szybko, inni potrzebują wielokrotnych ćwiczeń i pomocy terapeuty. Na przykład jednemu pacjentowi może pomóc wersja pytania o dowody: „Skąd wiem, że ta myśl jest zgodna z prawdą?". Dla innego pacjenta, który często przewiduje najgorszy rozwój wypadków, może być przydatna wersja pytania dekatastrofizacyjnego: „Jeśli wydarzy się najgorsze, jak sobie poradzę? Jaki jest najlepszy i najbardziej prawdopodobny scenariusz zdarzeń?". Jeszcze inny pacjent może odnieść największą korzyść, jeśli zada sobie pytanie pomagające w nabraniu dystansu: „Gdyby [moja szwagierka] znalazła się w takiej sytuacji i przyszłaby jej do głowy taka myśl, co bym jej powiedziała?".

Kiedy pacjent wydaje się gotowy do przyswojenia sobie tej umiejętności, terapeuta wybiera automatyczną myśl, do której przypuszczalnie będzie się odnosić większość pytań z ryciny 11.1. Po przeanalizowaniu jednej z automatycznych myśli Sally zwracam jej uwagę na tę procedurę:

TERAPEUTKA: Jeśli jest pani podobna do większości ludzi, może się okazać, że wykorzystywanie tych pytań w domu jest czasami trudniejsze, niż się wydaje. W istocie często może się okazać, że naprawdę będziemy musiały razem popracować nad analizą jakiejś myśli. Ale proszę spróbować. Jeśli będzie pani mieć jakieś kłopoty, to porozmawiamy o nich w przyszłym tygodniu. Zgoda?

Uprzedzenie trudności pacjenta może pomóc w rozwianiu samokrytycznych myśli lub wątpliwości, jeśli zadanie nie będzie przebiegać pomyślnie. Gdybym podejrzewała, że mimo mego ostrzeżenia

Sally osądzi siebie surowo za niewykonanie zadania w sposób idealny, omówiłabym tę kwestię dokładniej:

TERAPEUTKA: Jak się pani będzie czuła, jeśli w tym tygodniu będzie pani miała trudności z weryfikacją swoich myśli?

PACJENTKA: Pewnie będę sfrustrowana.

TERAPEUTKA: Jakie myśli mogą wtedy przyjść pani do głowy?

PACJENTKA: Nie wiem. Prawdopodobnie po prostu się poddam.

TERAPEUTKA: Czy może sobie pani wyobrazić, że patrzy pani na tę kartkę i nie wie, co robić?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przychodzą pani do głowy, kiedy pani na nią patrzy?

PACJENTKA: „Powinnam umieć to zrobić. Jestem taka głupia".

TERAPEUTKA: Dobrze! Czy przydałoby się pani pisemne przypomnienie, że jest to tylko pewna umiejętność, którą będzie pani opanowywać coraz lepiej w miarę uczenia się tego ze mną?

PACJENTKA: Tak (*zapisuje to w swoich notatkach z terapii*).

TERAPEUTKA: Jak pani myśli, czy ta odpowiedź będzie dostatecznie pomocna? Czy też może powinnyśmy przełożyć to zadanie do czasu, aż więcej wspólnie poćwiczymy?

PACJENTKA: Nie. Myślę, że mogę spróbować.

TERAPEUTKA: W porządku. Jeśli poczuje pani frustrację i przyjdą pani do głowy automatyczne myśli, proszę je zapisać, dobrze?

Przedstawiam tutaj to zadanie jako przedsięwzięcie, w którym nie ma przegranych – albo Sally wykona je pomyślnie, albo napotka pewne trudności, którym wspólnie zaradzimy na następnej sesji. Jeśli pojawi się frustracja, to przeczyta notatki z terapii (i zapewne poczuje się lepiej) bądź zapisze swoje myśli i będzie mogła nauczyć się je podważać na następnym spotkaniu.

DROGA NA SKRÓTY – KIEDY W OGÓLE ZREZYGNOWAĆ Z PYTAŃ

Kiedy pacjent zrobi już odpowiednie postępy w terapii i będzie umiał automatycznie weryfikować swoje myśli, terapeuta może go po prostu poprosić o *wymyślenie przystosowawczej odpowiedzi*.

PACJENTKA: [Kiedy będę gotowa, żeby poprosić współlokatorkę o utrzymywanie porządku w kuchni,] prawdopodob-

Scanned by CamScanner

nie pomyślę, że lepiej będzie, jeśli posprzątam tam sama.

TERAPEUTKA: Czy przychodzi pani do głowy bardziej przystosowawczy pogląd?

PACJENTKA: Tak. Lepiej będzie dla mnie, jeśli zadbam o swój interes. Że to, co robię, jest rozsądne. Nie jestem złośliwa i proszę jedynie, żeby robiła to, co do niej należy. Że prawdopodobnie przyjmie to dobrze, tak jak wtedy, gdy ostatnio poprosiłam ją o posprzątanie.

TERAPEUTKA: Dobrze. Co stanie się z lękiem, gdy sobie to pani powie?

PACJENTKA: Zmniejszy się.

Oto następny przykład:

TERAPEUTKA: Czy może sobie pani wyobrazić cokolwiek, co może pani przeszkodzić w rozpoczęciu odrabiania zadania z chemii?

PACJENTKA: Mogę pomyśleć, że jest dużo do zrobienia i poczuć się tym wszystkim przytłoczona.

TERAPEUTKA: W porządku, jeśli przyjdzie pani do głowy myśl: „Mam za dużo do zrobienia", co może pani sobie powiedzieć?

PACJENTKA: Że nie muszę robić wszystkiego naraz i nie muszę wszystkiego od razu świetnie rozumieć.

TERAPEUTKA: Dobrze. Czy pani zdaniem to wystarczy, żeby zabrać się do tej pracy?

Weryfikacja automatycznych myśli to konkretna umiejętność, którą zarówno terapeuci, jak i pacjenci coraz lepiej opanowują w miarę kolejnych ćwiczeń. W następnym rozdziale opisano, jak pomóc pacjentom w formułowaniu odpowiedzi na ich automatyczne myśli.

ROZDZIAŁ 12

PODWAŻANIE AUTOMATYCZNYCH MYŚLI

W poprzednim rozdziale pokazano, jak pomóc pacjentowi w weryfikowaniu ważnych automatycznych myśli oraz jak ocenić skuteczność tej weryfikacji w czasie sesji. Niniejszy rozdział opisuje, jak ułatwić pacjentowi weryfikowanie i podważanie automatycznych myśli *pomiędzy sesjami*. Pacjenci doświadczają dwóch rodzajów automatycznych myśli poza sesjami: tych, które już rozpoznali i zweryfikowali na sesji oraz tych, które nie zostały jeszcze poddane ocenie. W przypadku tej pierwszej grupy terapeuta powinien się upewnić, że pacjent utrwalił konstruktywne odpowiedzi na piśmie (na kartce papieru, kartoniku, w notatniku terapeutycznym lub smartfonie) bądź w formie nagrania dźwiękowego (na taśmie magnetofonowej lub CD, jako nagraną wiadomość w swoim telefonie itp.).

Aby podważać nowe automatyczne myśli pomiędzy sesjami, terapeuta nauczy pacjenta posługiwania się listą pytań z ryciny 11.1 (w pamięci lub na piśmie) bądź też używania karty, takiej jak zapis myśli przedstawiony na rycinie 12.1 lub łatwiejsza wersja – karta „badanie własnych myśli" z ryciny 12.2. Istnieją także inne metody podważania automatycznych myśli. Pacjenci mogą wykonać procedurę rozwiązywania problemów, zastosować techniki dystrakcyjne lub relaksacyjne bądź też nazywać oraz akceptować swoje myśli i emocje bez ich oceniania.

Scanned by CamScanner

OMAWIANIE NOTATEK Z TERAPII

Po zweryfikowaniu jakiejś automatycznej myśli wraz z pacjentem (zazwyczaj za pomocą dialogu sokratejskiego) terapeuta poprosi go o podsumowanie. Na przykład może zadać jedno z następujących pytań:

> „Czy może pan/i podsumować to, o czym właśnie rozmawialiśmy?"
> „Co pana/i zdaniem warto byłoby zapamiętać w tym tygodniu?"
> „Jeśli znowu znajdzie się pan/i w takiej sytuacji, co chciałby/chciałaby pan/i sobie powiedzieć?"

Kiedy pacjent formułuje przekonujące podsumowanie, terapeuta może go zapytać, czy chciałby je zanotować lub nagrać, tak aby lepiej zapamiętać swoją odpowiedź, kiedy w przyszłości pojawią się podobne automatyczne myśli. W poniższym fragmencie właśnie zweryfikowałyśmy wraz z Sally jej myśl: „Nie potrafię tego przerobić", wykorzystując wiele pytań z ryciny 11.1 (s. 183). Poprosiłam ją o dokonanie podsumowania.

TERAPEUTKA: W porządku, a zatem gdy otworzy pani w tym tygodniu podręcznik do chemii i znowu przyjdzie pani do głowy myśl: „Nie potrafię tego przerobić", co chciałaby pani sobie powiedzieć?

PACJENTKA: Że prawdopodobnie to nie jest prawda. Że prawdopodobnie mogę przerobić ten materiał przynajmniej w części, ponieważ w przeszłości mi się to udawało i mogę uzyskać pomoc, jeśli wszystkiego nie zrozumiem. Wydaje mi się, że przeczytanie części materiału jest lepsze niż nieprzerobienie w ogóle niczego.

TERAPEUTKA: To dobrze. Czy powinnyśmy to zapisać?

Pytanie: Co zrobić, jeśli... odpowiedź pacjenta jest powierzchowna, bezładna lub zbyt rozwlekła?

Odpowiedź: Terapeuta może wówczas powiedzieć: „No cóż, myślę, że jest to dość trafne, ale zastanawiam się, czy nie lepiej zapamiętać to w ten sposób...". Jeśli odpowiedź pacjenta jest rozsądna, ale niekompletna, terapeuta może spytać: „Czy chce pan/i także powiedzieć sobie, że...?". Jeśli pacjent się zgodzi, on sam albo terapeuta może odnotować tę propozycję.

Należy polecić pacjentowi, aby codziennie rano czytał swoje notatki z terapii i sięgał do nich w razie potrzeby w ciągu dnia. Jeśli pacjent wielokrotnie powtarza swoje odpowiedzi, w końcu stają się one częścią jego sposobu myślenia. Odczytywanie notatek tylko w obliczu trudnych sytuacji jest zwykle mniej skuteczne niż systematyczne ich odczytywanie *w oczekiwaniu na* tego typu sytuacje. Poniżej przedstawiono niektóre notatki z terapii sporządzone przez Sally. Zawierają one:

- Odpowiedzi na dysfunkcjonalne myślenie.
- Zadania behawioralne.
- Połączenie odpowiedzi i zadań behawioralnych.

Kiedy przyjdzie mi do głowy myśl: „Nigdy nie uporam się z całą pracą, jaką mam do zrobienia", powiem sobie:

Po prostu muszę się skupić na tym, co trzeba zrobić w tej chwili.

Nie muszę robić wszystkiego doskonale.

Mogę poprosić o pomoc. To nie jest oznaka słabości.

Kiedy przyjdzie mi do głowy myśl: „Wolałabym zostać w łóżku", powiem sobie, że zawsze czuję się trochę lepiej, kiedy czymś się zajmę, a gorzej, kiedy nic nie robię.

Scanned by CamScanner

Może się wydawać, że nikomu na mnie nie zależy, ale to nieprawda. Zależy mojej rodzinie, zależy Allison i Joemu. Trudniej jest odczuć ich troskę, ale to prawdopodobnie dlatego, że jestem w depresji. Najlepsze, co mogę zrobić, to pozostawać z nimi w kontakcie, więc zadzwonię do nich lub wyślę im esemesa.

Kiedy chcę zwrócić się o pomoc do profesora:

1. *Powiem sobie, że to nic takiego. W najgorszym razie będzie wobec mnie szorstki.*
2. *Będę pamiętać, że to jest eksperyment. Nawet jeśli tym razem się nie uda, będzie to dla mnie dobre ćwiczenie.*
3. *Jeśli będzie niemiły, prawdopodobnie nie będzie to miało nic ze mną wspólnego. Może być zajęty lub czymś zdenerwowany.*
4. *Nawet jeśli mi nie pomoże, to co? To jego porażka jako profesora, nie moja jako studentki. Będzie to znaczyło, że nie wykonuje właściwie swojej pracy. Mogę poprosić wydział o tutora lub poprosić o pomoc kogoś innego z mojego roku.*
5. *A zatem powinnam zapukać do drzwi jego gabinetu. W najgorszym razie będzie to dobre ćwiczenie.*

Kiedy odczuwam lęk:

1. *Wypełniam zapis myśli.*
2. *Czytam karty radzenia sobie.*
3. *Dzwonię do przyjaciółki.*
4. *Idę na spacer lub biegam.*
5. *Staram się znieść lęk. Jest to nieprzyjemne uczucie, ale niegroźne dla życia i osłabnie, gdy skupiam swoją uwagę na czymś innym.*

Z praktycznego punktu widzenia warto zrobić kopię notatek z terapii sporządzonych przez pacjenta (można też używać papieru samokopiującego). Prawdopodobnie okaże się, że terapeuta często sięga do tych notatek, zwłaszcza podczas omawiania pracy osobistej pacjenta lub przy wzmacnianiu pomysłów, które były omawiane z pacjentem na poprzednich sesjach. Ponadto niektórzy pacjenci gubią swoje notatki, dlatego odnoszą dużą korzyść, jeśli mogą zrobić kopię kopii terapeuty.

Notatki z terapii w formie nagrania

Należy się upewnić, że pacjent sporządził notatki na piśmie. Może nosić z sobą notes lub kartoniki i sięgać do nich w razie potrzeby albo czytać swoje notatki z terapii na smartfonie. Niektórzy pacjenci nie mogą lub nie lubią czytać albo uważają, że słuchanie notatek będzie skuteczniejsze. Tak czy inaczej terapeuta może włączyć urządzenie do nagrywania lub poprosić pacjenta o włączenie dyktafonu w telefonie, kiedy pracują nad odpowiedziami na automatyczne myśli; może też zanotować te odpowiedzi i nagrać wszystkie odpowiedzi naraz w ciągu kilku ostatnich minut sesji. Nagranie całej sesji i polecenie pacjentowi, aby ją później odsłuchał, zazwyczaj nie przynosi spodziewanych korzyści. W takiej sytuacji najczęściej pacjent słucha nagrania raz w tygodniu, zamiast wielokrotnie odsłuchiwać najważniejsze momenty sesji.

Motywowanie pacjenta do czytania notatek z terapii przypomina zachęcanie go do wykonywania innych rodzajów pracy osobistej (zob. rozdział 17). Na początku warto polecić pacjentowi, aby odczytał swoje notatki z terapii pod koniec sesji, i zwrócić mu uwagę,

Scanned by CamScanner

że zajmuje to mniej niż minutę. Kiedy pacjent nie może przeczytać notatek z terapii, być może będzie mógł wysłuchać nagranego podsumowania lub znajdzie kogoś w swoim otoczeniu, kto mu je przeczyta.

WERYFIKACJA I PODWAŻANIE NOWYCH AUTOMATYCZNYCH MYŚLI POMIĘDZY SESJAMI

W poprzednim rozdziale zamieszczono listę pytań sokratejskich, które może sobie zadać pacjent w celu weryfikacji swoich myśli. Zanim terapeuta zaproponuje pacjentowi, aby korzystał z tych pytań w domu, kiedy będzie przygnębiony lub zaniepokojony, powinien upewnić się, czy:

- Pacjent rozumie, że weryfikacja myśli może mu pomóc w poprawie samopoczucia.
- Pacjent jest przekonany, że będzie umiał skutecznie używać tych pytań w domu.
- Pacjent rozumie, że nie wszystkie pytania dotyczą wszystkich automatycznych myśli.
- Skrócił tę listę dla pacjenta, na którego działa ona zniechęcająco lub przytłaczająco.

Terapeuta powinien także wskazać pacjentowi, kiedy i jak używać tych pytań, tak jak zrobiłam to w rozmowie z Sally:

TERAPEUTKA: Używanie tych pytań w stosunku do każdej automatycznej myśli, jaka przyjdzie pani do głowy w tym tygodniu, byłoby zbyt uciążliwe. Jest to jeden z powodów, dla których ma pani czytać notatki z terapii codziennie rano i w ciągu dnia w razie potrzeby. Kiedy jednak zauważy pani u siebie pogorszenie nastroju i uchwyci automatyczną myśl, proszę zadać sobie pytanie: „Czy mam notatki z terapii, które tego dotyczą?". Dobrze?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Jeśli ma pani takie notatki, może pani wybrać: albo użyje pani tych pytań, albo wykorzysta pani notatki.

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Jeśli nie ma pani notatek, to zdecydowanie będzie pani chciała wyciągnąć listę przynajmniej raz na jakiś czas. I najlepiej byłoby, żeby nie tylko zadała pani sobie te pytania, ale także *zapisała* odpowiedzi, jeśli będzie to możliwe. Co pani o tym sądzi?

PACJENTKA: Nie ma problemu.

Zapisy myśli

Zapis myśli, znany także we wcześniejszej wersji jako codzienny zapis dysfunkcjonalnych myśli (Beck i in., 1979), to karta, która ułatwia pacjentowi weryfikację automatycznych myśli, kiedy odczuwa on przygnębienie lub niepokój (zob. rycina 12.1). Zapis ten pozwala uzyskać więcej informacji niż samo odpowiadanie na pytania z ryciny 11.1. Jeśli pytania te są przydatne, pacjent nie musi używać zapisu myśli, ale dla wielu pacjentów arkusz ten lepiej porządkuje myśli i odpowiedzi. (Zapis myśli nie jest jednak szczególnie przydatny w przypadku pacjentów, którzy przejawiają niski poziom funkcjonowania, nie lubią pisać i nie są zmotywowani lub wystarczająco wyposażeni intelektualnie, aby odnieść z niego korzyści). W pracy z pacjentem terapeuta może najpierw wykorzystać listę pytań z ryciny 11.1 (s. 172), a następnie pokazać mu, jak formułować odpowiedzi i inne informacje w zapisie myśli.

W następnej części za pomocą listy pytań sokratejskich zweryfikowałyśmy wraz z Sally jej myśl: „Bob nie chce się ze mną umówić" i teraz czuje się ona lepiej.

TERAPEUTKA: Dobrze. Chciałabym teraz pokazać pani kartę, która moim zdaniem pomoże pani w domu, jeśli nie ma pani nic przeciwko temu. Nosi ona nazwę „zapis myśli" i jest to po prostu usystematyzowany sposób zapisywania tego, co właśnie robiłyśmy. W porządku? (*wyciąga kartę przedstawioną na rycinie 12.1*).

PACJENTKA: Jasne.

TERAPEUTKA: Proszę. Zanim zacznę, muszę pani powiedzieć o paru rzeczach. Po pierwsze, ortografia, gramatyka i charakter pisma nie mają znaczenia. Po drugie, jest to przydatne narzędzie, ale może trochę potrwać, zanim je pani biegle opanuje, więc zapewne na początku będzie pani popełniać błędy. W zasadzie błędy te będą dla nas bardzo przydatne – zobaczymy dzięki nim, co jest dla pani niejasne i następnym razem pójdzie pani lepiej. W porządku?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Dobrze. Oto skąd pani będzie wiedzieć, kiedy powinna ją pani wyciągnąć (*wskazując na górną część karty*). Proszę spojrzeć, co tutaj jest napisane: „Wskazówka: Kiedy zauważy pani u siebie pogorszenie nastroju, proszę zadać sobie pytanie: «Jakie myśli przychodzą mi w tej chwili do głowy?» i jak najszybciej odnotować tę myśl lub wyobrażenie w kolumnie «Automatyczne myśli»".

Scanned by CamScanner

Wskazówka: Kiedy zauważy pan/i u siebie pogorszenie nastroju, proszę zadać sobie pytanie: „Jakie myśli przychodzą mi w tej chwili do głowy?", i jak najszybciej odnotować tę myśl lub wyobrażenie w kolumnie „Automatyczne myśli".

Data/godzina	Sytuacja	Automatyczne myśli	Emocje	Przystosowawcza odpowiedź	Rezultat
	1. Jakie zdarzenie, ciąg myśli lub marzenia na jawie wywołały nieprzyjemną emocję? 2. Czy towarzyszyły temu przykre doznania fizyczne? Jeśli tak, to jakie?	1. Jakie myśli lub wyobrażenia przyszły panu/i do głowy? 2. W jakim stopniu była pan/i wówczas przekonany/a o ich prawdziwości?	1. Jakie odczuwał/a pan/i wtedy emocje (smutek, lęk, gniew itp.)? 2. Jakie było ich nasilenie (0–100%)?	1. Jakie zniekształcenie poznawcze zawierają pana/i myśli? (opcjonalne) 2. Proszę wykorzystać pytania na dole karty do ułożenia odpowiedzi na automatyczne myśli. 3. W jakim stopniu jest pan/i przekonany/a o prawdziwości każdej odpowiedzi?	1. W jakim stopniu jest pan/i teraz przekonany/a o prawdziwości każdej automatycznej myśli? 2. Jakie odczuwa pan/i teraz emocje? Jakie jest ich nasilenie (0–100%)? 3. Co pan/i zrobi (zrobił/am)?
Piątek, 8 marca, 15.00	*Myślenie o zaproszeniu Boba na kawę.*	*Nie będzie chciał się ze mną umówić. (90%)*	*Smutek (75%)*	*(Przepowiadanie przyszłości i czytanie w myślach)* *Tak naprawdę nie wiem, czy chce, czy nie (90%).* *Na zajęciach jest dla mnie miły (90%).* *W najgorszym wypadku odmówi i przez jakiś czas będzie mi przykro, ale mogłabym porozmawiać o tym z Allison (90%).* *W najlepszym razie się zgodzi (100%).* *Najprawdopodobniej powie, że jest zajęty, ale nadal będzie miły (80%).* *Jeśli będę zakładać, że nie chce się ze mną umówić, w ogóle mu tego nie zaproponuję (100%).* *Powinnam po prostu podejść i zapytać go (50%).* *Czym się tu przejmować? (75%)*	*Automatyczna myśl (50%)* *Smutek (50%).* *Zapytam go.*

Pytania pomagające w sformułowaniu alternatywnej odpowiedzi: 1) Jakie dowody świadczą na korzyść tej myśli? Jakie przeciwko niej? 2) Czy istnieje alternatywne wytłumaczenie? 3) Co może się zdarzyć w najgorszym wypadku? Jak mogę sobie poradzić? Co mogłoby się zdarzyć w najlepszym wypadku? Jaki jest najbardziej prawdopodobny rozwój wypadków? 4) Jaki jest skutek mojego przekonania o prawdziwości automatycznej myśli? Jaki mógłby być skutek zmiany mojego myślenia? 5) Co powinienem/powinnam zrobić? 6) Co powiedziałbym/powiedziałabym _____ [imię przyjaciela/przyjaciółki], gdyby to on/ona znalazł/a się w takiej sytuacji?

Rycina 12.1. Zapis myśli. Źródło: Cognitive behavior therapy worksheet packet. Copyright 2011 by Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Spójrzmy teraz na kolumny. Nagłówek każdej z nich zawiera wskazówki. Pierwsza kolumna jest prosta. Kiedy ta myśl o Bobie przyszła pani do głowy?

PACJENTKA: W piątek po południu, po zajęciach.

TERAPEUTKA: W porządku. Może pani to zapisać w pierwszej kolumnie.

PACJENTKA: (*pisze*).

TERAPEUTKA: Jak pani widzi, w drugiej kolumnie należy opisać sytuację. Mogłaby zatem pani napisać: „Myślenie o tym, czy zaprosić Boba na kawę" (*przerywa, kiedy Sally pisze*). Trzecia kolumna dotyczy automatycznych myśli i tego, jak mocno jest pani przekonana o ich prawdziwości. Tutaj zapisuje pani rzeczywiste słowa lub wyobrażenia, które przyszły pani do głowy. W tym przypadku pomyślała pani: „Nie będzie chciał się ze mną umówić". W jakim stopniu była pani wówczas przekonana o prawdziwości tej myśli?

PACJENTKA: W dużym, może w 90%.

TERAPEUTKA: Dobrze. Proszę zapisać myśl i obok niej „90%" lub „duża siła przekonania". A w czwartej kolumnie proszę zanotować emocję i jej nasilenie. W tym przypadku na ile oceniłaby pani swój smutek?

PACJENTKA: Byłam dość smutna... w 75%.

TERAPEUTKA: W porządku, proszę to zapisać (*czeka, aż Sally skończy pisać*). Proszę teraz spojrzeć na piątą kolumnę. Zawiera ona pytanie o zniekształcenie poznawcze. Czy może pani popatrzeć na swoją listę i powiedzieć mi, czy pani zdaniem pani automatyczna myśl należy do jednej z tych kategorii?

PACJENTKA: Myślę, że jest to przepowiadanie przyszłości lub czytanie w myślach.

TERAPEUTKA: Dobrze. W istocie jedno i drugie. Następnie mamy polecenie, aby wykorzystać pytania umieszczone w dolnej części tabeli. Czy chce pani zapisać odpowiedzi, które przed chwilą powtórzyłyśmy?

PACJENTKA: W porządku (*zapisuje*).

TERAPEUTKA: Ostatnia kolumna pokazuje nam, jak bardzo było to przydatne. W jakim stopniu jest pani teraz przekonana o prawdziwości automatycznej myśli?

PACJENTKA: W mniejszym, może w 50%.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: I jak bardzo jest pani smutna?
PACJENTKA: Mniej, chyba w około 50%.
TERAPEUTKA: Proszę to zatem zapisać.
PACJENTKA: (*zapisuje*).
TERAPEUTKA: Chciałabym, aby zapamiętała pani to, co powiedziałam wcześniej. Nie należy oczekiwać, że wszystkie negatywne emocje znikną. Ale jeśli wypełnianie zapisu myśli choć trochę pomoże, choćby w 10%, warto to robić.
PACJENTKA: W porządku.
TERAPEUTKA: Co zatem pani sądzi o zapisie myśli? Czy chce pani wypróbować w tym tygodniu w domu?
PACJENTKA: Tak, spróbuję.

W przypadku niektórych pacjentów lepiej wprowadzić zapis myśli w dwóch stadiach. Na jednej sesji można nauczyć pacjenta wypełniania czterech pierwszych kolumn tabeli. Jeśli pacjent dobrze wykona to zadanie w ramach pracy osobistej, można nauczyć go wykorzystywania dwóch ostatnich kolumn.

Karta „badanie własnych myśli"

Kiedy terapeuta przewiduje, że zapis myśli może być niejasny lub zbyt skomplikowany dla pacjenta, może rozważyć wykorzystanie uproszczonej wersji, karty „badanie własnych myśli" (rycina 12.2). Zawiera ona podobne pytania, jest przystępniej sformułowana, a bardziej przejrzysty układ sprawia, że łatwiej się ją wypełnia.

Kiedy karta nie jest wystarczająco pomocna

Podobnie jak w przypadku innych technik typowych dla terapii poznawczo-behawioralnej, nie należy przeceniać znaczenia kart. Większość pacjentów w jakimś momencie stwierdza, że wypełnienie danej karty nie przyniosło im wielkiej ulgi. Jeśli terapeuta podkreśli *ogólną* przydatność karty i przedstawi ewentualny impas jako okazję do uczenia się, pomoże pacjentowi uniknąć automatycznych myśli krytycznych wobec siebie, terapii, karty lub samego terapeuty.

Jak opisano w poprzednim rozdziale, weryfikacja automatycznej myśli (za pomocą karty lub bez niej) może być mniej skuteczna w kilku przypadkach – jeśli pacjent nie zareagował na najbardziej dokuczliwą myśl lub wyobrażenie, jeśli jego automatyczna myśl jest jednocześnie kluczowym przekonaniem lub uruchomiła jakieś podstawowe przekonanie oraz jeśli ocena i odpowiedź były powierzchowne lub pacjent odrzucił odpowiedź.

Jaka jest sytuacja? *Joanna nakrzyczała na mnie.*

Co sobie myślę lub wyobrażam? *Nigdy już do mnie nie zadzwoni.*

Dlaczego myślę, że ta myśl jest zgodna z prawdą? *Wydawała się wściekła.*

Dlaczego myślę, że ta myśl nie jest zgodna z prawdą lub nie całkiem odpowiada prawdzie? *Już wcześniej zdarzało się, że była na mnie wściekła, ale chyba jej przechodziło.*

Jak inaczej można na to spojrzeć? *Jest naprawdę na mnie zła, ale nie jest wściekła.*

Co może się zdarzyć w najgorszym wypadku? Co mogę wtedy zrobić? *Stracę najlepszą koleżankę. Musiałabym się skupić na innych znajomych.*

Co mogłoby się zdarzyć w najlepszym wypadku? *Zadzwoni do mnie zaraz i przeprosi.*

Co prawdopodobnie się zdarzy? *Przez kilka dni będzie zachowywać się wobec mnie z rezerwą, ale potem do niej zadzwonię.*

Co się stanie, jeśli nadal będę tak myślała? *Będę naprawdę przygnębiona.*

Co by się stało, gdybym zmieniła swoje myślenie? *Poczułabym się lepiej, może szybciej bym do niej zadzwoniła.*

Co powiedziałbym/powiedziałabym przyjacielowi/przyjaciółce [pomyśl o konkretnej osobie], gdyby jemu/jej się to przytrafiło? *Nie martw się, poczekaj dwa dni i zadzwoń.*

Rycina 12.2. Karta „badanie własnych myśli". Źródło: *Cognitive behavior therapy worksheet packet*. Copyright 2011 by Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

Scanned by CamScanner

INNE SPOSOBY PODWAŻANIA AUTOMATYCZNYCH MYŚLI

Niekiedy terapeuta użyje innych metod podważania automatycznych myśli. Na przykład, kiedy pacjent ma lękowe, natrętne myśli, można nauczyć go techniki AWARE (Beck i Emery, 1985), polegającej na ćwiczeniu:

- Akceptowania lęku (***A**ccepting their anxiety*).
- Obserwowania lęku bez osądzania (***W**atching their anxiety without judgment*).
- Postępowania w taki sposób, jakby się nie odczuwało lęku (***A**cting with their anxiety, as if they aren't anxious*).
- Powtarzania pierwszych trzech kroków (***R**epeating the first three steps*).
- Oczekiwania najlepszych rezultatów (***E**xpecting the best*).

Kiedy pacjent doświadcza zbyt intensywnych emocji, żeby skutecznie wykorzystać jego funkcje wykonawcze do weryfikacji jego myśli, można posłużyć się technikami dystrakcyjnymi lub relaksacyjnymi, opisanymi w rozdziale 15.

ROZDZIAŁ 13

ROZPOZNAWANIE I MODYFIKACJA PRZEKONAŃ POŚREDNICZĄCYCH

W poprzednich rozdziałach opisano rozpoznawanie i modyfikowanie automatycznych myśli – słów lub wyobrażeń, które przychodzą pacjentowi do głowy w określonej sytuacji i wywołują dyskomfort lub cierpienie. Rozdział niniejszy oraz następny jest poświęcony głębszym, często niewyartykułowanym poglądom, jakie pacjent żywi na temat siebie, innych ludzi i swego osobistego świata, będącym źródłem konkretnych automatycznych myśli. Poglądy te często nie były wyrażane przed rozpoczęciem terapii, ale z łatwością można je wydobyć od pacjenta lub wywnioskować z jego wypowiedzi, a następnie ocenić ich prawdziwość.

Zgodnie z opisem zawartym w rozdziale 3 przekonania te można podzielić na dwie kategorie: przekonania pośredniczące (składające się z zasad, postaw i założeń) oraz przekonania kluczowe (sztywne, ogólne poglądy na temat siebie, innych ludzi oraz świata). Przekonania pośredniczące nie poddają się zmianom tak łatwo jak automatyczne myśli, ale są bardziej plastyczne niż przekonania kluczowe.

Rozdział ten składa się z dwóch części. W pierwszej części zostanie omówiona *konceptualizacja poznawcza* (wstępnie wprowadzona w rozdziale 3) oraz proces opracowywania schematu konceptualizacji poznawczej. W całej tej książce podkreśla się znaczenie konceptualizacji, która pomaga terapeucie w planowaniu terapii, sprawnym wyborze właściwych interwencji oraz przezwyciężaniu impasu, gdy standardowe działania nie odnoszą skutku. *Wydobywanie i modyfikacja przekonań pośredniczących* jest tematem drugiej części rozdziału. Omówione tu techniki dotyczą też rozdziału następnego, w którym zostaną przedstawione dodatkowe metody, opracowane specjalnie do wydobywania i zmiany przekonań kluczowych.

Scanned by CamScanner

KONCEPTUALIZACJA POZNAWCZA

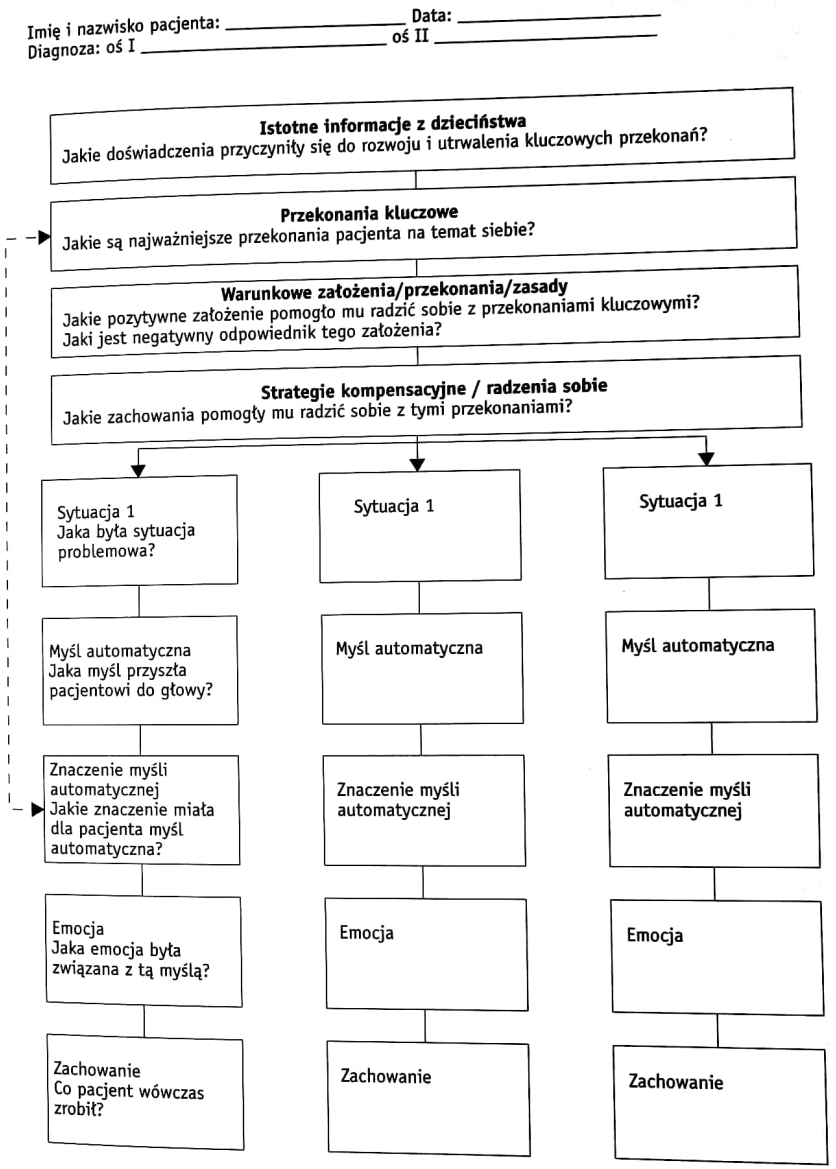
Na ogół terapeuta pomaga pacjentowi w pracy nad automatycznymi myślami przed bezpośrednią modyfikacją jego przekonań. Od początku jednak terapeuta zaczyna formułować konceptualizację, która w logiczny sposób łączy automatyczne myśli z leżącymi na głębszym poziomie przekonaniami. Jeśli terapeuta nie dostrzega tego szerszego obrazu, będzie mieć trudności ze skutecznym prowadzeniem terapii.

Terapeuta może zacząć wypełnianie schematu konceptualizacji poznawczej (ryciny 13.1 i 13.2) po pierwszej sesji z pacjentem, gdy zbierze dane w formie modelu poznawczego (dolna część schematu), tzn. dane na temat typowych automatycznych myśli, emocji, zachowań oraz przekonań. Schemat ten przedstawia m.in. związek między przekonaniami kluczowymi, pośredniczącymi a obecnymi myślami automatycznymi. Zapewnia on poznawcze odwzorowanie objawów psychopatologicznych pacjenta i pomaga w uporządkowaniu ogromu danych, jakie on przekazuje. Na rycinie 13.1 zamieszczono podstawowe pytania, jakie będzie sobie zadawał, aby wypełnić schemat.

Podczas wpisywania danych po pierwszej sesji terapeuta powinien traktować swoje pierwsze ustalenia jako tymczasowe; nie zebrał jeszcze wystarczającej ilości informacji, żeby określić, w jakim stopniu automatyczne myśli wyrażone przez pacjenta są dla niego typowe. Wypełniony schemat będzie wprowadzał terapeutę w błąd, jeśli wybierze on sytuacje, w których tematy automatycznych myśli pacjenta nie są częścią ogólnego wzorca. Po trzech lub czterech sesjach terapeuta powinien umieć wypełnić dolną połowę schematu z większą pewnością, w miarę jak będą się wyłaniać wzorce.

Swoją częściową konceptualizację terapeuta przedstawia werbalnie (a czasami na czystej kartce papieru) na każdej sesji, gdy podsumowuje swoje doświadczenia w formie modelu poznawczego. Na ogół jednak nie pokazuje schematu, gdyż u wielu pacjentów mogłoby to wywołać dezorientację (lub niekiedy pogorszenie nastroju, jeśli zinterpretują schemat jako próbę ich „zaszufladkowania").

Na początku terapeuta może uzyskać informacje wystarczające do wypełnienia tylko części schematu. Pozostałe pola pozostawia wówczas puste lub wypełnia je informacjami, które wywnioskował, stawiając obok nich znak zapytania, aby podkreślić ich tymczasowy status. Na dalszych sesjach zweryfikuje z pacjentem brakujące lub wywnioskowane informacje. W pewnym momencie terapeuta przedstawi pacjentowi zarówno górną, jak i dolną część konceptualizacji, jeśli na danej sesji będzie chciał pomóc pacjentowi w zrozumieniu szerszego obrazu jego trudności. Omówi wówczas konceptualizację, pokaże uproszczoną wersję na czystej kartce papieru lub (w przypadku pacjentów, dla których według oceny terapeuty będzie to korzystne) przedstawi czysty schemat konceptualizacji i wypełni go razem


Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data: _____
Diagnoza: oś I _____ oś II _____
Istotne informacje z dzieciństwa
Jakie doświadczenia przyczyniły się do rozwoju i utrwalenia kluczowych przekonań?
Przekonania kluczowe
Jakie są najważniejsze przekonania pacjenta na temat siebie?
Warunkowe założenia/przekonania/zasady
Jakie pozytywne założenie pomogło mu radzić sobie z przekonaniami kluczowymi?
Jaki jest negatywny odpowiednik tego założenia?
Strategie kompensacyjne / radzenia sobie
Jakie zachowania pomogły mu radzić sobie z tymi przekonaniami?
Sytuacja 1
Jaka była sytuacja problemowa?
Myśl automatyczna
Jaka myśl przyszła pacjentowi do głowy?
Znaczenie myśli automatycznej
Jakie znaczenie miała dla pacjenta myśl automatyczna?
Emocja
Jaka emocja była związana z tą myślą?
Zachowanie
Co pacjent wówczas zrobił?
Sytuacja 1
Myśl automatyczna
Znaczenie myśli automatycznej
Emocja
Zachowanie
Sytuacja 1
Myśl automatyczna
Znaczenie myśli automatycznej
Emocja
Zachowanie

Rycina 13.1. Schemat konceptualizacji poznawczej. Źródło: *Cognitive behavior therapy worksheet packet*. Copyright 2011 by Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

Scanned by CamScanner

z pacjentem. Przy przedstawianiu swoich interpretacji terapeuta zawsze będzie określał je jako tymczasowe hipotezy i będzie pytał pacjenta, czy brzmią one dla niego wiarygodnie. Poprawne hipotezy na ogół wywołują przychylną reakcję pacjenta.

Zazwyczaj należy zaczynać od dolnej połowy schematu. Terapeuta zapisuje trzy *typowe* sytuacje, w których pacjent odczuwa niepokój lub przygnębienie. Następnie w odniesieniu do każdej sytuacji zapisuje najważniejszą myśl automatyczną, jej znaczenie dla pacjenta, emocję, która się wówczas pojawiła i zachowanie (jeśli wystąpiło). Jeśli terapeuta nie zapytał pacjenta wprost o znaczenie automatycznej myśli, to formułuje hipotezę (ze znakiem zapytania) albo – co jest lepszym rozwiązaniem – na następnym spotkaniu za pomocą techniki sondowania (strony 220–221) odkrywa znaczenie poszczególnych myśli.

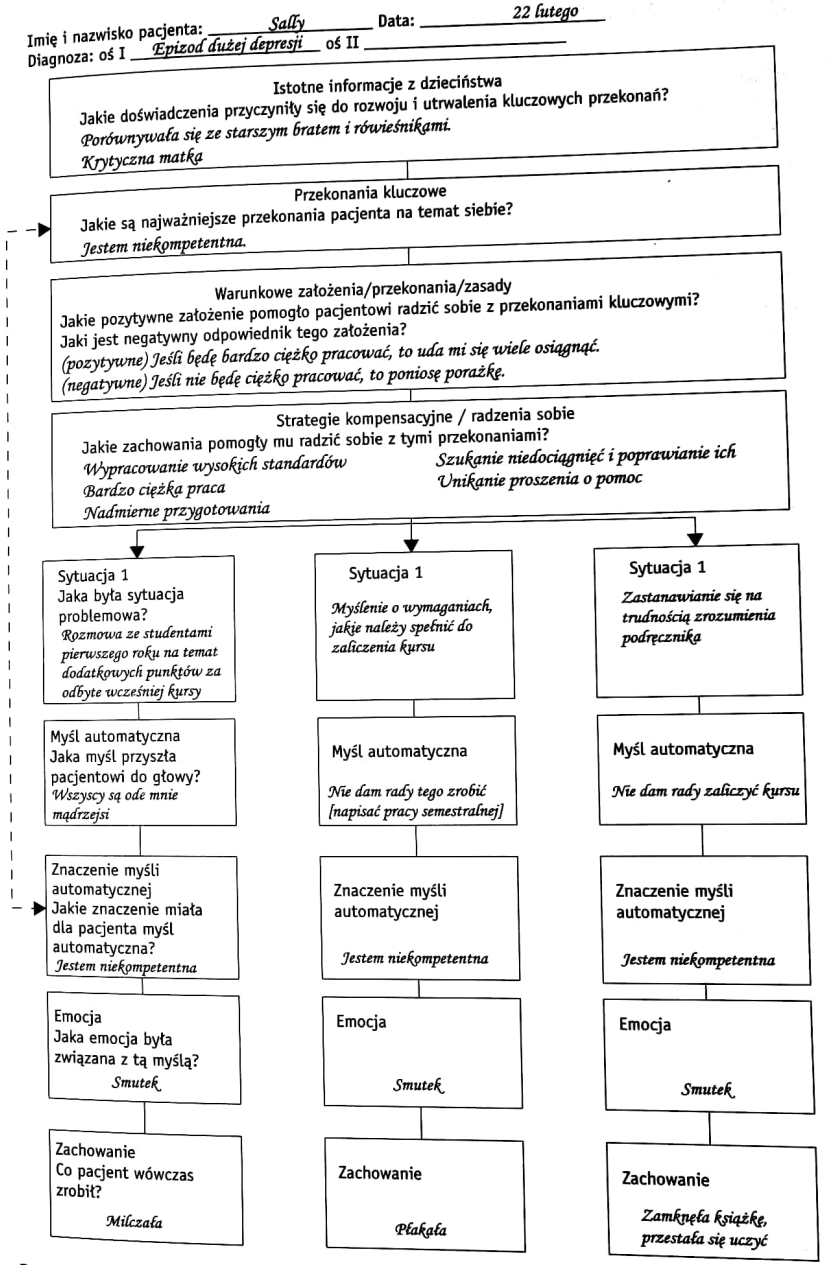
Znaczenie automatycznej myśli dla każdej sytuacji powinno się logicznie łączyć z polem kluczowego przekonania (w górnej części schematu). Na przykład schemat Sally (rycina 13.2) wyraźnie pokazuje, że jej automatyczne myśli i ich znaczenie wiążą się z jej kluczowym przekonaniem o własnej niekompetencji.

Aby wypełnić górne pole schematu, terapeuta zadaje sobie (i pacjentowi) pytanie: Jak dane przekonanie kluczowe powstało i zostało utrwalone? Jakie wydarzenia z życia pacjenta (zwłaszcza z okresu dzieciństwa) mogą się wiązać z rozwojem i utrwaleniem tego przekonania? Do typowych i istotnych w tym kontekście informacji z dzieciństwa należą takie znaczące wydarzenia jak ciągły lub powracający konflikt między rodzicami albo innymi członkami rodziny, rozwód rodziców, negatywne interakcje z rodzicami, rodzeństwem, nauczycielami, rówieśnikami lub innymi osobami, w czasie których dziecko czuło się obwiniane, krytykowane lub w inny sposób deprecjonowane, poważna choroba, śmierć ważnych osób, przemoc fizyczna lub molestowanie seksualne oraz inne niekorzystne okoliczności życiowe (np. częste przeprowadzki, doświadczenie urazu psychicznego, dorastanie w biedzie, borykanie się z ciągłą dyskryminacją rasową, żeby wymienić tylko kilka).

Istotne informacje z dzieciństwa mogą być jednak także bardziej subtelne, na przykład spostrzeżenia dziecka (które mogą, ale nie muszą być prawomocne), że pod jakimś ważnym względem nie dorównuje rodzeństwu, jest odmienne lub gorsze od rówieśników, nie spełnia oczekiwań rodziców, nauczycieli lub innych osób albo rodzice faworyzują brata lub siostrę.

Następnie terapeuta zadaje sobie pytanie: „Jak pacjent radził sobie z tym bolesnym przekonaniem kluczowym? Jakie rozwinął przekonania pośredniczące (tzn. podstawowe założenia, zasady i postawy)?".

Przekonania Sally zostały przedstawione hierarchicznie na rycinie 10.3. Ponieważ pacjentka żywi wiele przekonań pośredniczących,


Imię i nazwisko pacjenta: Sally Data: 22 lutego
Diagnoza: oś I Epizod dużej depresji oś II
Istotne informacje z dzieciństwa
Jakie doświadczenia przyczyniły się do rozwoju i utrwalenia kluczowych przekonań?
Porównywała się ze starszym bratem i rówieśnikami.
Krytyczna matka
Przekonania kluczowe
Jakie są najważniejsze przekonania pacjenta na temat siebie?
Jestem niekompetentna.
Warunkowe założenia/przekonania/zasady
Jakie pozytywne założenie pomogło pacjentowi radzić sobie z przekonaniami kluczowymi?
Jaki jest negatywny odpowiednik tego założenia?
(pozytywne) Jeśli będę bardzo ciężko pracować, to uda mi się wiele osiągnąć.
(negatywne) Jeśli nie będę ciężko pracować, to poniosę porażkę.
Strategie kompensacyjne / radzenia sobie
Jakie zachowania pomogły mu radzić sobie z tymi przekonaniami?
Wypracowanie wysokich standardów
Bardzo ciężka praca
Nadmierne przygotowania
Szukanie niedociągnięć i poprawianie ich
Unikanie proszenia o pomoc
Sytuacja 1
Jaka była sytuacja problemowa?
Rozmowa ze studentami pierwszego roku na temat dodatkowych punktów za odbyte wcześniej kursy
Myśl automatyczna
Jaka myśl przyszła pacjentowi do głowy?
Wszyscy są ode mnie mądrzejsi
Znaczenie myśli automatycznej
Jakie znaczenie miała dla pacjenta myśl automatyczna?
Jestem niekompetentna
Emocja
Jaka emocja była związana z tą myślą?
Smutek
Zachowanie
Co pacjent wówczas zrobił?
Milczała
Sytuacja 1
Myślenie o wymaganiach, jakie należy spełnić do zaliczenia kursu
Myśl automatyczna
Nie dam rady tego zrobić [napisać pracy semestralnej]
Znaczenie myśli automatycznej
Jestem niekompetentna
Emocja
Smutek
Zachowanie
Płakała
Sytuacja 1
Zastanawianie się na trudnością zrozumienia podręcznika
Myśl automatyczna
Nie dam rady zaliczyć kursu
Znaczenie myśli automatycznej
Jestem niekompetentna
Emocja
Smutek
Zachowanie
Zamknęła książkę, przestała się uczyć

Rycina 13.2. Schemat konceptualizacji poznawczej Sally. Źródło: *Cognitive behavior therapy worksheet packet*. Copyright 2011 by Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

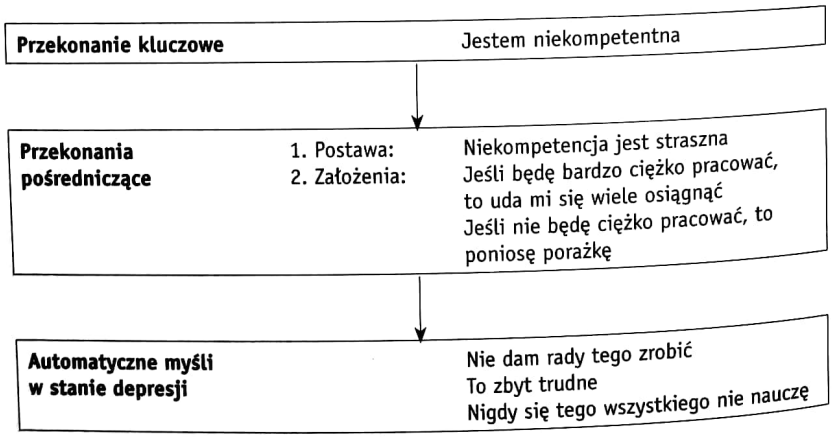
Scanned by CamScanner

które można sklasyfikować jako postawy lub zasady, warto wymienić najważniejsze *założenia* w polu znajdującym się poniżej kluczowego przekonania. (Na stronie 225 opisano, jak pomóc pacjentowi w przeformułowaniu postawy lub zasady jako założenia). Na przykład Sally rozwinęła założenie, które pomagało jej radzić sobie z bolesnym poglądem o własnej niekompetencji: „Jeśli będę bardzo ciężko pracować, to uda mi się wiele osiągnąć". Jak u większości pacjentów, założenie to ma też swoją drugą stronę: „Jeśli nie będę ciężko pracować, to poniosę porażkę". Większość pacjentów z zaburzeniami z osi pierwszej na ogół postępuje zgodnie z pierwszym, pozytywnym założeniem. W stanie cierpienia psychicznego na pierwszy plan wysuwa się u nich jednak założenie sformułowane negatywnie. Zwróćmy uwagę, że nazwa „pozytywne" niekoniecznie oznacza, że dane przekonanie ma charakter przystosowawczy.

Aby wypełnić następne pole – „Strategie radzenia sobie" – terapeuta zadaje sobie pytanie: „Jakie strategie behawioralne wypracował pacjent, aby poradzić sobie z bolesnym przekonaniem?". Warto zauważyć, że ogólne założenia pacjentów często łączą strategie radzenia sobie z kluczowym przekonaniem:

> „Jeśli [zrealizuję strategię radzenia sobie], to [moje kluczowe przekonanie może się nie ziścić / będę w porządku]". Jeśli jednak [*nie* zrealizuję strategii radzenia sobie], to [moje kluczowe przekonanie prawdopodobnie się ziści]".

Strategie Sally polegały na wypracowaniu wysokich standardów własnego postępowania, bardzo ciężkiej pracy, nadmiernym przy-


Przekonanie kluczowe
Jestem niekompetentna
Przekonania pośredniczące
1. Postawa:
2. Założenia:
Niekompetencja jest straszna
Jeśli będę bardzo ciężko pracować, to uda mi się wiele osiągnąć
Jeśli nie będę ciężko pracować, to poniosę porażkę
Automatyczne myśli w stanie depresji
Nie dam rady tego zrobić
To zbyt trudne
Nigdy się tego wszystkiego nie nauczę

Rycina 13.3. Hierarchia przekonań i automatycznych myśli Sally

gotowywaniu się do egzaminów i referatów, przesadnym skupianiu się na własnych niedociągnięciach oraz unikaniu proszenia o pomoc (zwłaszcza w sytuacjach, kiedy taka prośba mogła według niej obnażyć jej niekompetencję). Pacjentka jest przekonana, że wymienione zachowania uchronią ją przed niepowodzeniem i ujawnieniem jej niekompetencji (a zaniechanie ich *mogłoby* doprowadzić do porażki i obnażenia niekompetencji).

Inny pacjent mógłby wypracować strategie przeciwne do zachowań Sally: unikać ciężkiej pracy, stawiać sobie niewiele celów, niedostatecznie się przygotowywać i często zwracać się o pomoc do innych. Dlaczego u Sally rozwinęły się właśnie takie strategie, a u innego pacjenta dokładnie odwrotne? Być może natura wyposażyła ich w odmienne style poznawcze i behawioralne – w interakcji ze środowiskiem wytworzyły się u nich odmienne przekonania pośredniczące, wzmacniające określone strategie behawioralne. Drugi pacjent, być może ze względu na przeżycia z dzieciństwa, również żywił kluczowe przekonanie o własnej niekompetencji, ale poradził sobie z nim za pomocą innych przekonań: „Jeśli wyznaczę sobie mało ambitne cele, to uda mi się je osiągnąć, a jeśli postawię przed sobą cele ambitne, to poniosę porażkę", „Jeśli będę polegać na innych, to zaspokoję własne potrzeby, ale jeśli będę polegać na sobie, spotka mnie niepowodzenie".

Warto zauważyć, że większość strategii kompensacyjnych to *normalne* zachowania, jakie od czasu do czasu wszyscy przejawiamy.

Unikanie negatywnych emocji	Okazywanie silnych emocji (np. w celu zwrócenia na siebie uwagi)
Dążenie do doskonałości	Celowe sprawianie wrażenia osoby niekompetentnej lub bezradnej
Branie na siebie nadmiernej odpowiedzialności	Unikanie odpowiedzialności
Unikanie bliskości	Szukanie niewłaściwej bliskości
Szukanie uznania	Unikanie zwracania na siebie uwagi
Unikanie konfrontacji	Prowokowanie innych
Dążenie do kontrolowania sytuacji	Zrzeczenie się kontroli na rzecz innych
Dziecinne postępowanie	Autorytarne postępowanie
Dogadzanie innym	Dystansowanie się od innych lub dogadzanie tylko sobie

Rycina 13.4. Typowe strategie radzenia sobie

Scanned by CamScanner

Trudności pacjentów cierpiących na dolegliwości psychiczne polegają na tym, że *nadużywają* tych strategii kosztem rozwiązań bardziej funkcjonalnych. Na rycinie 13.4 wymieniono kilka strategii wypracowanych przez pacjentów w celu radzenia sobie z bolesnymi przekonaniami kluczowymi.

Jak widać, schemat konceptualizacji poznawczej opiera się na danych dostarczonych przez pacjenta – na słowach, które faktycznie wypowiedział. Terapeuta powinien traktować swoje hipotezy jako tymczasowe, dopóki nie zostaną potwierdzone przez pacjenta. Schemat ten należy ciągle weryfikować i uzupełniać w miarę gromadzenia dodatkowych danych; konceptualizacja zostanie doprowadzona do końca dopiero po zakończeniu terapii przez pacjenta. Chociaż terapeuta nie musi pokazywać schematu pacjentowi, już od pierwszej sesji będzie werbalnie (a często na papierze) konceptualizował jego doświadczenia, pomagając mu zrozumieć jego obecne reakcje na różne sytuacje. W pewnym momencie terapeuta przedstawi pacjentowi szerszy obraz, aby mógł on zrozumieć:

- W jaki sposób jego doświadczenia przyczyniły się do rozwoju kluczowych przekonań na temat siebie, innych i świata.
- W jaki sposób wykształciły się u niego pewne założenia lub zasady życiowe, pomagające mu radzić sobie z bolesnymi przekonaniami kluczowymi.
- W jaki sposób te założenia doprowadziły do wypracowania określonych strategii radzenia sobie lub wzorców zachowania, które mogą (ale nie muszą) być przystosowawcze w danym czasie, ale w wielu sytuacjach nie sprzyjają już adaptacji.

Niektórzy pacjenci są emocjonalnie i intelektualnie gotowi do zapoznania się z szerszym obrazem już na początku terapii, w przypadku innych zaś należy z tym poczekać (zwłaszcza jeśli relacja terapeutyczna nie jest solidna lub pacjent nie jest przekonany o prawdziwości modelu poznawczego). Jak już wspomniano, ilekroć terapeuta będzie przedstawiał swoją konceptualizację, powinien prosić o potwierdzenie, zaprzeczenie lub zmodyfikowanie każdej części schematu.

Rozpoznawanie przekonań pośredniczących

Terapeuta może rozpoznać przekonania pośredniczące poprzez:

1. Rozpoznanie przekonania wyrażonego w postaci automatycznej myśli.
2. Podanie pierwszej części założenia.
3. Bezpośrednie wydobycie zasady lub postawy.
4. Wykorzystanie techniki sondowania.

5. Analizę automatycznych myśli pacjenta i poszukanie powracających wątków.
6. Zadanie pacjentowi bezpośredniego pytania. ✓
7. Analizę kwestionariusza przekonań wypełnionego przez pacjenta. ✓

W dalszej części rozdziału podamy przykłady wykorzystania tych strategii.

1. Pacjent może wyrazić przekonanie w postaci myśli automatycznej, zwłaszcza jeśli jest pogrążony w depresji:

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani do głowy, gdy dostała pani poprawione kolokwium?

PACJENTKA: Powinnam to napisać lepiej. Niczego nie potrafię zrobić dobrze. Jestem taka niekompetentna [przekonanie kluczowe].

2. Terapeuta może uzyskać od pacjenta pełne założenie, podając mu pierwszą jego część.

TERAPEUTKA: Więc pomyślała pani: „Będę musiała pracować przez całą noc".

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: I jeśli nie będzie pani pracować tak ciężko, jak tylko pani może, nad esejem lub projektem...

PACJENTKA: To znaczy, że nie dałam z siebie wszystkiego. Poniosłam porażkę.

TERAPEUTKA: Czy to brzmi znajomo? Proszę sobie przypomnieć, o czym już rozmawiałyśmy w trakcie terapii. Czy nie tak zazwyczaj patrzy pani na swoje wysiłki – że jeśli nie dała pani z siebie wszystkiego, to oznacza, że poniosła pani porażkę?

PACJENTKA: Tak. Chyba tak.

TERAPEUTKA: Czy może pani podać inne przykłady? Przekonamy się, ilu dziedzin pani życia dotyczy to przekonanie.

Pytanie: Co zrobić, jeśli... pacjent ma trudności z podaniem drugiej części założenia?

Odpowiedź: Należy przeformułować pytanie.

TERAPEUTA: Zapytam w ten sposób: Jeśli nie będzie pani pracować tak ciężko, jak tylko pani może, nad esejem lub projektem, co złego się może wydarzyć? Lub co złego by to oznaczało?

Scanned by CamScanner

3. Terapeuta może rozpoznać zasadę albo postawę przez bezpośrednie jej wydobycie.

TERAPEUTKA: Więc chce pani być naprawdę dobra jako korepetytorka?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Pamięta pani, że rozmawiałyśmy już o czymś podobnym? Że musi pani być bardzo dobra w tym, co robi? Czy kieruje się pani taką zasadą w życiu?

PACJENTKA: Och... Nie myślałam o tym do tej pory... Chyba rzeczywiście muszę zawsze być dobra w tym, co robię.

4. Terapeuta częściej będzie korzystać z czwartej techniki rozpoznawania przekonań pośredniczących (i kluczowych) – *techniki sondowania („strzałki w dół")* (Burns, 1980). Najpierw rozpoznaje najważniejszą myśl automatyczną, która jego zdaniem może wypływać wprost z dysfunkcjonalnego przekonania. Następnie pyta pacjenta o *znaczenie* tej myśli, zakładając, że jest zgodna z prawdą. Pyta dopóty, dopóki nie odkryje jednego lub kilku ważnych przekonań. Pytanie o znaczenie danej myśli *dla* pacjenta często pozwala odkryć przekonanie pośredniczące; pytanie, co dana myśl mówi *o* pacjencie, zazwyczaj ujawnia przekonanie kluczowe.

TERAPEUTKA: W porządku. Podsumowując, uczyła się pani wczoraj późnym wieczorem, a przeglądając notatki, pomyślała pani: „Te notatki są do niczego", i poczuła pani smutek.

PACJENTKA: Zgadza się.

TERAPEUTKA: Nie omówiłyśmy jeszcze dowodów potwierdzających prawdziwość pani myśli. Najpierw jednak chciałabym się dowiedzieć, *dlaczego* ta myśl wywołała u pani taki smutek. Musimy na chwilkę założyć, że ma pani rację, pani notatki rzeczywiście są do niczego. Co by to dla pani oznaczało?

PACJENTKA: Nie postarałam się na zajęciach.

TERAPEUTKA: Dobrze. Jeśli to prawda, że nie postarała się pani na zajęciach, co to oznacza?

PACJENTKA: Że jestem kiepską studentką. [Założenie: „Jeśli nie staram się na zajęciach, oznacza to, że jestem beznadziejną studentką"].

TERAPEUTKA: Jeśli jest pani kiepską studentką, to co *to* o pani mówi?

PACJENTKA: [przekonanie kluczowe] Nie jestem dość dobra. [Jestem niekompetentna].

Czasami w tej metodzie terapeuta może dojść do martwego punktu, kiedy pacjent udziela odpowiedzi dotyczącej uczuć, na przykład „To byłoby straszne" lub „Bardzo bym się zdenerwowała". W poniższym przykładzie terapeuta delikatnie okazuje swoje zrozumienie, a następnie stara się z powrotem skierować rozmowę na właściwy tor. Aby zminimalizować ryzyko, że pacjent zareaguje negatywnie na sondowanie, terapeuta przedstawi uzasadnienie wielokrotnego wypytywania i będzie zmieniał jego formę, używając takich pytań, jak:

„Jeśli to prawda, to co w tym złego?"
„Co złego jest w tym, że..."
„Co jest najgorsze w tym, że..."
„Co to mówi *o panu/i*?"

W poniższym fragmencie rozmowy terapeuta przedstawia krótkie uzasadnienie i różnicuje pytania w technice sondowania.

TERAPEUTKA: Ważne, abyśmy zrozumiały ten aspekt sytuacji, który jest dla pani najbardziej przykry. Co by to znaczyło dla pani, gdyby pani współlokatorka i koleżanki dostawały lepsze oceny od pani?

PACJENTKA: Nie zniosłabym tego.

TERAPEUTKA: Byłaby pani zmartwiona, ale co byłoby w tym najgorszego?

PACJENTKA: Pewnie patrzyliby na mnie z góry.

TERAPEUTKA: A gdyby patrzyli, to co byłoby w tym złego?

PACJENTKA: Czułabym się podle.

TERAPEUTKA: Oczywiście, rozumiem, że to by było dla pani przykre, ale co z tego, że patrzyliby na panią z góry?

PACJENTKA: Nie wiem. Byłoby to dość nieprzyjemne.

TERAPEUTKA: Czy coś by to *mówiło* o pani, gdyby patrzyli na panią z góry?

PACJENTKA: Jasne. Znaczyłoby, że jestem gorsza... Nie tak dobra jak oni. [Założenie: „Jeśli ludzie patrzą na mnie z góry, to znaczy, że jestem gorsza". Kluczowe przekonanie: „Jestem gorsza"].

Skąd terapeuta wie, kiedy przerwać technikę sondowania? Na ogół odkrywa on istotne przekonania pośredniczące lub przekonanie kluczowe, gdy pacjent przejawia negatywną zmianę nastroju bądź zaczyna formułować przekonanie takimi samymi albo podobnymi słowami.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: I co by to oznaczało, że jest pani gorsza, nie tak dobra jak oni?

PACJENTKA: Właśnie to – że jestem gorsza.

5. Kolejnym sposobem rozpoznawania przekonań jest znalezienie wspólnych wątków w automatycznych myślach, które przychodzą pacjentowi do głowy w różnych sytuacjach. Jeśli pacjent jest wystarczająco wnikliwy, można go spytać, czy potrafi rozpoznać powracający temat, albo sformułować hipotezę na temat jego przekonania i poprosić go zastanowienie się nad jej trafnością.

TERAPEUTKA: W kilku sytuacjach przyszła pani do głowy myśl: „Nie potrafię tego zrobić", „To za trudne" albo „Nie dam rady". Zastanawiam się, czy żywi pani przekonanie, że jest pani w jakimś sensie niekompetentna lub gorsza.

PACJENTKA: Chyba tak. Rzeczywiście myślę, że jestem niekompetentna.

6. Następna metoda rozpoznawania przekonań polega na zapytaniu o nie wprost. Niektórzy pacjenci potrafią dość łatwo nazwać własne przekonania.

TERAPEUTKA: Jakie jest pani przekonanie na temat proszenia o pomoc?

PACJENTKA: Proszenie o pomoc to oznaka słabości.

7. Wreszcie można poprosić pacjenta o wypełnienie wybranego kwestionariusza, takiego jak Skala Dysfunkcjonalnych Postaw (DAS, Weissman i Beck, 1978) czy Kwestionariusz Przekonań Osobowości (PBQ, A.T. Beck i Beck, 1991)[1]. Uważna analiza pozycji, z którymi pacjent w dużym stopniu się zgadza, może uwydatnić problemowe przekonania. Użycie tego rodzaju kwestionariuszy jest przydatnym uzupełnieniem omówionych powyżej technik.

Tak więc terapeuta może rozpoznać zarówno przekonania pośredniczące, jak i kluczowe na kilka sposobów. Może poszukać przekonania wyrażonego w treści automatycznej myśli, podać pierwszą część założenia sformułowaną w postaci warunku („Jeśli..."), i poprosić pacjenta o jego dokończenie, bezpośrednio wydobyć zasadę, wykorzystać technikę sondowania, rozpoznać wspólny wątek wśród automatycznych myśli, zadać pacjentowi bezpośrednie pytanie lub przeanalizować kwestionariusz przekonań wypełniony przez pacjenta.

[1] Polskie tłumaczenie kwestionariusza (bez uwzględnienia specyfiki kulturowej) znajduje się w książce R. Leahy, *Techniki terapii poznawczej*. Pełna adaptacja kulturowa do warunków polskich: Zawadzki i in. (w druku) (przyp. red. nauk.).

Decyzja o modyfikacji przekonania

Po rozpoznaniu przekonania terapeuta musi ustalić, czy przekonanie pośredniczące jest ważne, czy nie. Aby poprowadzić terapię możliwie najskuteczniej, terapeuta na ogół skupia się na najważniejszych przekonaniach pośredniczących (Safran, Vallis, Segal i Shaw, 1986). Nie warto tracić czasu i energii na dysfunkcjonalne przekonania, które mają znaczenie dla pacjenta lub o których prawdziwości pacjent jest przekonany tylko w niewielkim stopniu.

TERAPEUTKA: Czy zatem uważa pani, że jeśli ludzie pani nie akceptują, to jest pani gorsza?

PACJENTKA: Chyba tak.

TERAPEUTKA: Jak bardzo wierzy pani w prawdziwość tego stwierdzenia?

PACJENTKA: Nie bardzo, może w jakichś 20%.

TERAPEUTKA: W takim razie chyba nie musimy się zajmować tym przekonaniem. Może wrócimy do problemu, o którym rozmawiałyśmy wcześniej?

Po rozpoznaniu ważnego przekonania pośredniczącego terapeuta decyduje, czy ujawnić je pacjentowi i – jeśli tak – czy pracę nad nim odłożyć na później, czy też zająć się nim w danym momencie. Zadaje sobie następujące pytania:

> Jak brzmi przekonanie?
> Jaka jest jego siła (w jakim stopniu pacjent wierzy w jego prawdziwość)?
> Jeśli to przekonanie jest silne, to jak wpływa ono na życie pacjenta?
> Jeśli wpływ ten jest rozległy, to czy powinienem/powinnam się nim teraz zająć? Czy na tym etapie terapii pacjent będzie umiał ocenić je obiektywnie? Czy na dzisiejszej sesji mamy dość czasu, aby się nim zająć?

Terapeuta rozpocznie modyfikowanie przekonania najszybciej, jak to będzie możliwe. Jeśli pacjent nie zgadza się ze swoim przekonaniem lub nie jest zbyt przekonany o jego prawdziwości, będzie mógł zinterpretować swoje doświadczenia w bardziej realistyczny, funkcjonalny sposób. Niektóre przekonania są jednak głęboko zakorzenione i dlatego warto najpierw nauczyć pacjenta weryfikowania bardziej powierzchownych treści poznawczych (automatycznych myśli), aby

Scanned by CamScanner

zdał sobie sprawę, że sam fakt myślenia o czymś lub wyobrażania sobie czegoś nie oznacza, iż jest to prawda. W przypadku niektórych pacjentów modyfikacja przekonania jest stosunkowo łatwa, u innych osób zaś może być znacznie trudniejsza. Modyfikacja przekonań pośredniczących zazwyczaj następuje przed zmianą przekonań kluczowych, które mogą być dość sztywne.

Wyjaśnianie pacjentowi natury przekonań

Gdy terapeuta rozpozna istotne przekonanie i upewni się, że pacjent mocno wierzy w jego prawdziwość, wtedy może na konkretnym przykładzie wyjaśnić ogólny charakter przekonań. Może podkreślić, że istnieje cały wachlarz potencjalnych przekonań, jakie pacjent może żywić, oraz że przekonania nie są wrodzone, lecz nabyte, i dlatego można je zrewidować.

TERAPEUTKA: Zidentyfikowałyśmy niektóre pani przekonania: „Wykonywanie pośledniej pracy jest czymś strasznym", „Wszystko muszę robić doskonale", „Jeśli zrobię coś poniżej możliwości, to znaczy, że jestem do niczego". Kiedy mogła pani nabyć te poglądy?

PACJENTKA: Zapewne w okresie dorastania.

TERAPEUTKA: Czy każdy wyznaje tego rodzaju przekonania?

PACJENTKA: (*myśli*) Nie. Niektórym ludziom chyba nie zależy.

TERAPEUTKA: Czy przychodzi pani na myśl ktoś, kto może mieć inne przekonania?

PACJENTKA: Na przykład moja kuzynka Emily.

TERAPEUTKA: Jakie są jej przekonania?

PACJENTKA: Chyba uważa, że być średniakiem to nic złego. Bardziej interesuje ją dobra zabawa.

TERAPEUTKA: Więc ona nabyła inne przekonania?

PACJENTKA: Chyba tak.

TERAPEUTKA: Niestety, te obecne przekonania nie dają pani wiele satysfakcji, prawda? Ale na szczęście skoro są *nabyte*, można się ich oduczyć i nauczyć innych – może nie tak skrajnych jak przekonania Emily, ale sytuujących się gdzieś pośrodku. Czy to pani odpowiada?

Wyrażanie zasad i postaw w formie założeń

Pacjentowi często łatwiej jest dostrzec zniekształcenie w przekonaniu pośredniczącym, które ma postać założenia, niż w przekonaniu wyrażonym w formie zasady lub postawy. Po rozpoznaniu zasady lub postawy terapeuta za pomocą techniki sondowania ustala jej znaczenie.

TERAPEUTKA: A zatem wierzy pani dosyć mocno, że należy radzić sobie samemu [zasada], a proszenie o pomoc jest czymś strasznym [postawa]. Co *oznacza* dla pani proszenie o pomoc, na przykład zamiast nauczenia się czegoś samodzielnie?

PACJENTKA: Oznacza, że jestem niekompetentna.

TERAPEUTKA: W jak dużym stopniu jest pani teraz przekonana o prawdziwości stwierdzenia: „Jeśli poproszę o pomoc, to znaczy, że jestem niekompetentna"?

Logiczna ocena tego założenia za pomocą dialogu sokratejskiego lub innych metod często wywołuje silniejszy dysonans poznawczy niż ocena prawdziwości zasady lub postawy. Sally łatwiej jest dostrzec zniekształcenie lub dysfunkcjonalny charakter założenia: „Jeśli poproszę o pomoc, to jestem niekompetentna" niż zasady: „Nie powinnam prosić o pomoc".

Analiza wad i zalet przekonań

Często pomocne dla pacjenta jest przeanalizowanie wad i zalet dalszego wyznawania danego przekonania. Terapeuta stara się wówczas umniejszyć lub podważyć zalety oraz podkreślić i wzmocnić jego wady. (Podobną procedurę opisano już w części poświęconej ocenie użyteczności myśli automatycznych na stronie 186).

TERAPEUTKA: Jakie są *zalety* przekonania, że jeśli zrobi pani coś poniżej własnych możliwości, to jest pani do niczego?

PACJENTKA: No cóż, może mnie skłonić do cięższej pracy.

TERAPEUTKA: Ciekawe, czy rzeczywiście *potrzebuje* pani tak skrajnego przekonania, aby ciężko pracować. Wrócimy do tego później. Jakieś inne zalety?

PACJENTKA: Nie, już nic nie przychodzi mi do głowy.

TERAPEUTKA: A jakie są *wady* przekonania, że jeśli zrobi pani coś poniżej swoich możliwości, to znaczy, że jest pani do niczego?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: No cóż, jestem zrozpaczona, gdy na egzaminie nie pójdzie mi najlepiej... Bardzo się denerwuję przed referatami... Nie mam czasu na inne rzeczy, które lubię, bo ciągle się uczę...

TERAPEUTKA: I czy nie odbiera to Pani trochę przyjemności z samej nauki?

PACJENTKA: Och, na pewno!

TERAPEUTKA: Więc z jednej strony wcale nie musi być prawdą, że tylko to przekonanie skłania panią do ciężkiej pracy. Z drugiej strony powoduje ono, że jest pani nieszczęśliwa, gdy coś nie pójdzie pani świetnie, sprawia, że za bardzo się pani denerwuje przed referatami, odbiera pani przyjemność z pracy i powstrzymuje przed robieniem innych rzeczy, które pani lubi. Zgadza się?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Czy jest to zatem pogląd, który chciałaby pani zmienić?

Formułowanie nowego przekonania

Aby wybrać strategie zmiany określonego przekonania, terapeuta formułuje w myślach przekonanie bardziej przystosowawcze. Zadaje sobie pytanie: „Jakie przekonanie byłoby bardziej funkcjonalne dla tego pacjenta?".

Na przykład na rycinie 13.5 wymieniono obecne przekonania Sally oraz przekonania nowe, które przyszły mi do głowy. Wprawdzie konstruowanie nowego przekonania jest procesem opartym na *współpracy*, niemniej jednak terapeuta w myślach formułuje kilka bardziej rozsądnych przekonań, aby wybrać odpowiednie strategie zmiany starego przekonania.

Zanim więc terapeuta podejmie próbę modyfikacji przekonania pacjenta, najpierw upewnia się, że jest ono ważne i mocno ugruntowane. Następnie formułuje w myślach bardziej funkcjonalne, mniej sztywne przekonanie, które tematycznie *wiąże się* z dysfunkcjonalnym sposobem myślenia, lecz jego zdaniem jest bardziej realistyczne i przystosowawcze dla pacjenta. Nie narzuca tego przekonania pacjentowi, lecz za pomocą dialogu sokratejskiego naprowadza go na skonstruowanie alternatywnego przekonania. Może także wyjaśnić pacjentowi charakter przekonań (np. że są to poglądy, a niekoniecznie prawdy, że nabywamy je, a więc możemy się też ich oduczyć, że można je weryfikować i modyfikować) oraz pomóc mu w ocenie wad i zalet dalszego wyznawania danego przekonania.

Dawne przekonania Sally	Przekonania bardziej funkcjonalne
1. Jeśli nie osiągnę tak dobrych wyników jak inni, to znaczy, że jestem do niczego.	Jeśli nie osiągnę tak dobrych wyników jak inni, to nie znaczy, że jestem do niczego – po prostu jestem człowiekiem.
2. Jeśli poproszę o pomoc, to dam dowód słabości.	Jeśli poproszę o pomoc, kiedy będzie mi potrzebna, to dam dowód umiejętności rozwiązywania problemów (co jest oznaką siły).
3. Jeśli nie powiedzie mi się w szkole/pracy, to znaczy, że jestem do niczego jako osoba.	Jeśli nie powiedzie mi się w szkole/pracy, nie będzie to odzwierciedlało całego mojego Ja. (Całe moje Ja obejmuje to, jaka jestem jako przyjaciółka, córka, siostra, obywatelka i członek lokalnej społeczności, a także czy jestem dobra, wrażliwa na potrzeby innych, pomocna itd.). Poza tym porażka nie jest stanem trwałym.
4. Powinnam ze wszystkim świetnie sobie radzić.	Nie muszę ze wszystkim świetnie sobie radzić, chyba że w jakiejś dziedzinie jestem utalentowana (a także mam ochotę oraz możliwości poświęcić na to czas i wysiłek kosztem innych rzeczy).
5. Zawsze powinnam ciężko pracować i w pełni wykorzystywać swoje możliwości.	W większości przypadków powinnam wkładać w wykonywaną pracę rozsądną ilość energii.
6. Jeśli nie wykorzystam w pełni własnych możliwości, to poniosę porażkę.	Jeśli nie wykorzystam w pełni własnych możliwości, to uda mi się osiągnąć sukces może w 70, 80 lub 90%, a nie wcale.
7. Jeśli nie będę przez cały czas ciężko pracować, to mi się nie uda.	Jeśli nie będę przez cały czas ciężko pracować, to prawdopodobnie i tak będę osiągać przyzwoite wyniki, a jednocześnie moje życie będzie bardziej zrównoważone.

Rycina 13.5. Formułowanie bardziej funkcjonalnych przekonań

MODYFIKOWANIE PRZEKONAŃ

Jest kilka strategii służących do zmiany zarówno przekonań pośredniczących, jak i kluczowych. (Dodatkowe metody modyfikowania przekonań kluczowych zostaną omówione bardziej szczegółowo w następnym rozdziale). Niektóre przekonania można zmienić bez trudu, ale wiele z nich wymaga wspólnego wysiłku przez dłuższy czas. Terapeuta nadal pyta pacjenta o siłę danego przekonania (0–100%) zarówno na

Scanned by CamScanner

poziomie „intelektualnym", jak i „emocjonalnym". Dzięki temu może ocenić, czy potrzebna jest jeszcze dalsza praca nad jego zmianą.

Zmniejszenie siły przekonania do zera zazwyczaj nie jest ani możliwe, ani pożądane. Decyzja o zaprzestaniu pracy nad zmianą danego przekonania jest zatem kwestią indywidualnego osądu. Na ogół przekonanie zostało wystarczająco osłabione, gdy pacjent zgadza się z nim w mniej niż 30% i wykazuje gotowość dalszej zmiany dysfunkcjonalnych zachowań, mimo że w niewielkim stopniu nadal wyznaje to przekonanie.

Wskazane jest, aby pacjenci na bieżąco prowadzili zapis analizowanych przekonań w swoich notatkach z terapii. Przydatna forma zapisu obejmuje dysfunkcjonalne przekonanie, nowe, bardziej funkcjonalne przekonanie oraz siłę każdego z nich, wyrażoną w procentach, tak jak w poniższym przykładzie:

> *Dawne przekonanie*: „Jeśli nie osiągnę bardzo dobrych wyników, to jestem do niczego" (50%).
> *Nowe przekonanie*: „Będę zupełnie do niczego tylko wtedy, gdy poniosę porażkę w niemal wszystkim" (80%).

Typowe zadanie polega na codziennym przeczytaniu obu przekonań i ponownej ocenie wiary w ich prawdziwość.

Poniżej wymieniono techniki modyfikowania przekonań. Częściowo pokrywają się one z metodami modyfikowania myśli automatycznych:

1. Dialog sokratejski.
2. Eksperymenty behawioralne.
3. Kontinuum poznawcze.
4. Intelektualno-emocjonalne odgrywanie ról.
5. Wykorzystanie innych osób jako punktu odniesienia.
6. Zachowanie „jak gdyby".
7. Dzielenie się własnymi doświadczeniami.

Dialog sokratejski jako metoda modyfikowania przekonań

Jak przedstawiono w poniższym fragmencie rozmowy, do analizy przekonania Sally wykorzystuję pytania tego samego rodzaju, których używałam do weryfikacji jej automatycznych myśli. Nawet gdy rozpoznaję ogólne przekonanie, pomagam Sally ocenić je w kontekście konkretnych sytuacji. Dzięki temu proces weryfikacji nabiera dla pacjentki sensu, gdyż przystaje być abstrakcyjny i czysto intelektualny.

TERAPEUTKA: [podsumowuje to, czego pacjentka się nauczyła z właśnie zakończonej techniki sondowania] W porządku, a zatem jest pani przekonana mniej więcej w 90%, że jeśli poprosi pani kogoś o pomoc, to oznacza, że jest pani niekompetentna. Czy tak?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Czy można inaczej spojrzeć na zwracanie się do innych o pomoc?

PACJENTKA: Nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: Weźmy na przykład terapię. Czy jest pani niekompetentna dlatego, że przyszła tu pani uzyskać pomoc?

PACJENTKA: Może trochę.

TERAPEUTKA: Hmm... To ciekawe, bo ja zazwyczaj patrzę na to zupełnie inaczej. Czy jest możliwe, że zgłoszenie się na terapię jest w istocie oznaką *siły* i *kompetencji*? Bo co by się stało, gdyby pani tego nie zrobiła?

PACJENTKA: Mogłabym nadal leżeć w łóżku z głową schowaną pod poduszką.

TERAPEUTKA: Czy sugeruje pani, że szukanie właściwej pomocy, gdy na przykład jest się bardzo chorym lub cierpi się na depresję, jest działaniem bardziej kompetentnym niż pozostanie w depresji?

PACJENTKA: Tak... Chyba tak.

TERAPEUTKA: Proszę się zastanowić. Powiedzmy, że mamy dwie studentki w depresji. Jedna zgłasza się na terapię, a druga tego nie robi i nadal ma objawy depresji. Którą uznałaby pani za bardziej kompetentną?

PACJENTKA: No cóż, tę, która szuka pomocy.

TERAPEUTKA: Spójrzmy teraz na inną sytuację, o której pani wspomniała – udzielanie korepetycji. I znowu mamy dwie studentki, które udzielają korepetycji po raz pierwszy w życiu. Nie są pewne, jak to robić, bo zupełnie nie mają doświadczenia. Jedna szuka pomocy u innych, a druga nie i nadal się męczy. Która jest bardziej kompetentna?

PACJENTKA: (*z wahaniem*) Ta, która szuka pomocy?

TERAPEUTKA: Jest pani pewna?

PACJENTKA: (*myśli przez chwilę*) Tak. Nie jest oznaką kompetencji, jeśli ktoś się męczy, choć może po prostu poprosić kogoś o pomoc i wykonać zadanie lepiej.

TERAPEUTKA: W jakim stopniu jest pani przekonana, że to prawda?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: W dość dużym – w 80%.

TERAPEUTKA: Czy te dwie sytuacje – terapia i szukanie pomocy w korepetycjach – odnoszą się do pani?

PACJENTKA: Chyba tak.

TERAPEUTKA: Napiszmy coś na ten temat... Nazwijmy pani pierwszy pogląd „dawnym przekonaniem"... Jak ono brzmiało?

PACJENTKA: Jeśli poproszę kogoś o pomoc, to znaczy, że jestem niekompetentna.

TERAPEUTKA: W jakim stopniu jest pani teraz przekonana o jego prawdziwości?

PACJENTKA: W mniejszym. Może w 40%.

TERAPEUTKA: Dobrze, proszę napisać obok niego 40%.

PACJENTKA: (*pisze*).

TERAPEUTKA: Teraz proszę zanotować „nowe przekonanie". Jak je pani sformułuje?

PACJENTKA: Jeśli poproszę kogoś o pomoc, to nie znaczy, że jestem niekompetentna?

TERAPEUTKA: Nie wydaje się pani przekonana. A może sformułowałaby je pani w ten sposób: „Jeśli poproszę o pomoc w sytuacji, kiedy jest to rozsądne, to dam dowód kompetencji"?

PACJENTKA: Dobrze (*notuje*).

TERAPEUTKA: W jakim stopniu jest pani przekonana o jego prawdziwości?

PACJENTKA: W dużym... (*czyta i zastanawia się nad nowym przekonaniem*) Może w 70 lub 80% (*zapisuje to*).

TERAPEUTKA: W porządku, będziemy jeszcze wracać do tych przekonań. Jeśli nie ma pani nic przeciwko temu, w ramach pracy osobistej proszę zrobić dwie rzeczy. Jedna z nich to codzienne czytanie tych przekonań i ocenianie, w jakim stopniu wierzy pani w ich prawdziwość – czyli zapisywanie procentów obok tych przekonań.

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: [podaje uzasadnienie] Zapisywanie tego, w jakim stopniu jest pani przekonana o ich prawdziwości, pomoże pani naprawdę je przemyśleć. Dlatego nie proszę jedynie o ich przeczytanie.

PACJENTKA: Dobrze (*zapisuje polecenie*).

TERAPEUTKA: Oprócz tego czy mogłaby pani w tym tygodniu zwrócić uwagę na inne sytuacje, w których prośba o pomoc byłaby rozsądnym rozwiązaniem. Przypuśćmy, że wierzy pani w prawdziwość nowego przekonania w 100%, że szukanie pomocy w rozsądnych wypadkach rzeczywiście *jest* oznaką kompetencji. W jakich sytuacjach w przyszłym tygodniu mogłaby się pani zwrócić do kogoś o pomoc? Proszę je zanotować.

PACJENTKA: Dobrze.

W poprzednim fragmencie używam dialogu sokratejskiego w kontekście konkretnych sytuacji, aby pomóc Sally w ocenie przekonania pośredniczącego. Stwierdzam, że standardowe pytania mające na celu analizę dowodów i ocenę rezultatów są mniej skuteczne niż skłonienie pacjentki do sformułowania nowego poglądu. Moje pytania są dużo bardziej perswazyjne i mniej bezstronne niż wtedy, gdy pomagam jej weryfikować bardziej plastyczne treści poznawcze na poziomie myśli automatycznych. Obmyślamy zadanie, które ma skłonić Sally do codziennego zastanawiania się nad dysfunkcjonalnym założeniem i nowym przekonaniem.

Testowanie przekonań w eksperymentach behawioralnych

Podobnie jak w przypadku automatycznych myśli terapeuta może pomóc pacjentowi w opracowaniu eksperymentu behawioralnego w celu zweryfikowania prawomocności przekonania. Odpowiednio zaplanowane i przeprowadzone eksperymenty behawioralne mogą skuteczniej modyfikować przekonania pacjenta niż techniki werbalne, z których terapeuta korzysta w gabinecie.

TERAPEUTKA: W porządku, rozpoznałyśmy następne przekonanie: „Jeśli poproszę o pomoc, inni będą patrzeć na mnie z góry", i jest pani o tym przekonana w 60%. Oczywiście ja chyba nigdy nie patrzyłam na panią z góry, prawda?

PACJENTKA: Nie, oczywiście że nie. Ale pomaganie innym jest pani pracą.

TERAPEUTKA: To fakt. Ale warto się przekonać, czy inni ludzie na ogół są tacy jak ja, czy nie. Jak mogłaby pani to sprawdzić?

PACJENTKA: Pewnie prosząc innych o pomoc.

TERAPEUTKA: Kogo mogłaby pani poprosić o pomoc?

PACJENTKA: Hmm... Nie jestem pewna.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Czy mogłaby pani poprosić o pomoc koleżankę z pokoju?

PACJENTKA: Tak, w zasadzie już to robię.

TERAPEUTKA: A opiekuna naukowego?

PACJENTKA: Mhm. Mogę też poprosić o pomoc brata. Nie, nie ma sensu prosić brata i koleżanki. Wiem, że oni na pewno nie okazaliby mi lekceważenia.

TERAPEUTKA: O! Więc już pani wie, że są pewne wyjątki?

PACJENTKA: Tak. Ale chyba mogę pójść do opiekunki naukowej lub do asystenta.

TERAPEUTKA: O co ich pani poprosi?

PACJENTKA: Mogę zapytać asystenta o prace semestralne, które muszę napisać, lub o listę lektur. Co do mojej opiekunki naukowej... Czułabym się trochę dziwnie, gdybym do niej poszła. Nawet nie wiem, jaką wybrać specjalizację.

TERAPEUTKA: To byłby ciekawy eksperyment – poprosić o pomoc w wybraniu specjalizacji osobę, której praca polega na pomaganiu studentom w podejmowaniu tego rodzaju decyzji.

PACJENTKA: To prawda...

TERAPEUTKA: W ten sposób upiecze pani dwie pieczenie przy jednym ogniu. Przetestuje pani przekonanie, że ktoś spojrzy na panią z góry, oraz uzyska pani pomoc w rozwiązaniu rzeczywistego problemu.

PACJENTKA: Chyba mogę to zrobić.

TERAPEUTKA: Dobrze. Czy w takim razie chciałaby pani przetestować przekonanie: „Jeśli poproszę o pomoc, to inni będą patrzeć na mnie z góry"? Może mogłaby pani to zrobić już w tym tygodniu?

W powyższym fragmencie rozmowy zaproponowałam eksperyment behawioralny w celu przetestowania przekonania. Gdybym wyczuła u pacjentki wahanie, zapewne zapytałabym ją o prawdopodobieństwo przeprowadzenia eksperymentu i praktyczne problemy, które mogłyby jej w tym przeszkodzić. Mogłabym również polecić jej przeprowadzenie próby w wyobraźni (zob. s. 326–328), aby zwiększyć prawdopodobieństwo, że wykona eksperyment. Poza tym gdybym podejrzewała, że ktoś może okazać Sally lekceważenie, mogłabym z nią porozmawiać o tym, jakie by to miało dla niej znaczenie i jak mogłaby sobie poradzić, gdyby do tego doszło. Mogłabym też poprosić pacjentkę o opisanie, na czym konkretnie polega „patrzenie z góry", aby się upewnić, czy nie postrzega błędnie zachowań innych osób jako lekceważących, choć w istocie nie mają one takich intencji.

Szersze omówienie eksperymentów behawioralnych można znaleźć w pracy Bennetta-Levy'ego i współpracowników (2004).

Zastosowanie kontinuum poznawczego do modyfikacji przekonań

Technika ta sprawdza się przy modyfikacji automatycznych myśli i przekonań będących wyrazem spolaryzowanego myślenia (np. gdy pacjent traktuje coś w kategoriach „wszystko albo nic"). Sally na przykład była przekonana, że jeśli nie ma wybitnych osiągnięć jako studentka, to znaczy, że jest do niczego. Umieszczenie tego pojęcia na odpowiedniej skali ułatwia pacjentowi rozpoznanie stanów pośrednich, jak pokazuje poniższa rozmowa:

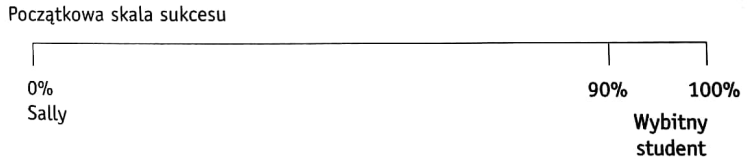
TERAPEUTKA: W porządku, dość mocno pani wierzy, że jeśli nie jest pani wybitną studentką, to znaczy, że jest pani do niczego. Przekonajmy się, jak można to przedstawić graficznie (*rysuje skalę*).

TERAPEUTKA: Gdzie sytuuje się wybitny student?

PACJENTKA: Tutaj. W okolicach 90 i 100%.

TERAPEUTKA: Dobrze. A pani jest do niczego. Gdzie pani będzie?

PACJENTKA: Chyba tu, gdzie 0%.



TERAPEUTKA: Czy jest ktoś, kto z większym prawdopodobieństwem niż pani mieści się w okolicach zera?

PACJENTKA: Hmm... Może Jack, który chodzi ze mną na zajęcia z ekonomii. Jemu idzie gorzej niż mnie.

TERAPEUTKA: W porządku. Wpiszemy Jacka przy 0%. Ciekawe, czy komuś może iść jeszcze gorzej niż jemu...?

PACJENTKA: Pewnie tak.

TERAPEUTKA: Czy może istnieć osoba, która nie zdaje żadnego kolokwium i nie zalicza żadnej pracy?

PACJENTKA: Tak.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: W porządku, jeśli teraz umieścimy tę osobę przy 0% jako studenta, który naprawdę jest do niczego, to gdzie względem niej sytuuje się Jack? A gdzie pani?

PACJENTKA: Jack jest pewnie w okolicach 30%. A ja przy 50%.

TERAPEUTKA: A student, który nie tylko niczego nie zdaje, ale nawet nie chodzi na zajęcia, niczego nie czyta i nie oddaje żadnych prac?

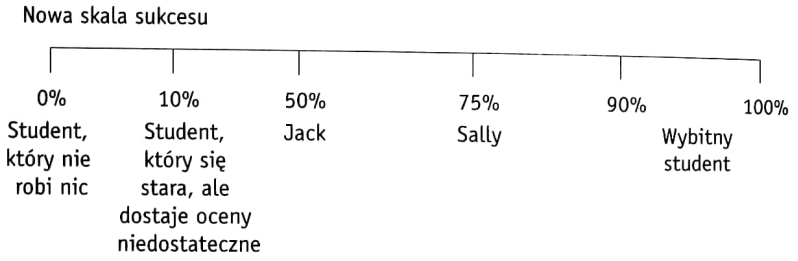
PACJENTKA: Pewnie taki student byłby w okolicach 0%.

TERAPEUTKA: W takim razie gdzie będzie student, który wielu przedmiotów nie zalicza, ale przynajmniej się stara?

PACJENTKA: Przy 10%.

TERAPEUTKA: A gdzie będzie w takim razie Jack i pani?

PACJENTKA: Pozycja Jacka wzrasta do 50%, a ja chyba będę przy 75%.



TERAPEUTKA: Może w ramach pracy osobistej zastanowiłaby się pani jeszcze, czy 75% to właściwa ocena? Nawet jeśli w odniesieniu do tej uczelni jest to prawda, to być może jeśli weźmie się pod uwagę inne szkoły i wszystkich studentów w kraju, zajmuje pani wyższą pozycję? Tak czy inaczej – czy można mówić, że osoba, która osiąga poziom 75%, jest do niczego?

PACJENTKA: Raczej nie.

TERAPEUTKA: W *najgorszym* przypadku może pani powiedzieć, że odnosi sukces w 75%?

PACJENTKA: Tak (*wyraźnie pogodnieje*).

TERAPEUTKA: W porządku, wracając zatem do pani dawnego przekonania, w jakim stopniu jest pani przekonana, że jeśli nie ma pani wybitnych osiągnięć jako studentka, to znaczy to, że jest pani do niczego?

PACJENTKA: Już nie tak bardzo. Może w 25%.

TERAPEUTKA: Świetnie!

Technika kontinuum poznawczego przydaje się zwłaszcza wtedy, gdy pacjent przejawia dychotomiczne myślenie. Jak w przypadku większości technik terapeuta może bezpośrednio pokazać pacjentowi, jak ją stosować samodzielnie w razie potrzeby.

TERAPEUTKA: Powtórzmy, co dotychczas powiedziałyśmy. Rozpoznałyśmy błąd w pani myśleniu, polegający na postrzeganiu rzeczy w kategoriach „wszystko albo nic". Następnie narysowałyśmy skalę, aby się przekonać, czy naprawdę istnieją tylko dwie kategorie – sukces lub porażka – czy też należy raczej myśleć o *stopniach* sukcesu. Czy jest jeszcze coś, co postrzega pani w tylko dwóch kategoriach i co wywołuje u pani niepokój?

Intelektualno-emocjonalne odgrywanie ról

Tę technikę, nazywaną również metodą argumentu-kontrargumentu (Young, 1990), zazwyczaj stosuje się po wypróbowaniu innych narzędzi opisanych w tym rozdziale. Jest ona szczególnie przydatna wtedy, gdy pacjent twierdzi, że *intelektualnie* widzi, iż dane przekonanie jest dysfunkcjonalne, ale *emocjonalnie* nadal wydaje mu się ono zgodne z prawdą. Terapeuta przedstawia najpierw uzasadnienie, prosząc pacjenta o odegranie roli „emocjonalnej" części umysłu, która wyraża silną aprobatę dla dysfunkcjonalnego przekonania, sam zaś odgrywa rolę części „intelektualnej". W drugiej części rozmowy zamieniają się rolami. Należy pamiętać, że przez cały czas pacjent i terapeuta mówią w imieniu pacjenta, czyli w pierwszej osobie.

TERAPEUTKA: Z tego, co pani mówi, wynika, że nadal w pewnym stopniu jest pani przekonana o swojej niekompetencji, ponieważ w zeszłym semestrze nie poszło pani tak dobrze, jak by pani chciała.

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Chciałbym lepiej zrozumieć, jakie ma pani dowody na poparcie tego przekonania.

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Czy możemy odegrać pewne role? Ja będę „intelektualną" częścią pani umysłu, która zdaje sobie sprawę, że fakt, iż nie ma pani samych piątek, nie świadczy o pani całkowitej niekompetencji. Chciałabym, aby odegrała pani rolę „emocjonalnej" części pani umysłu, tego instynktownego głosu, który nadal wierzy, że jest pani niekompetentna. Chcę, żeby sto-

Scanned by CamScanner

czyła pani ze mną prawdziwą bitwę na argumenty, tak żebym mogła zobaczyć, na czym opiera się pani przekonanie. Zgoda?

PACJENTKA: Zgoda.

TERAPEUTKA: W porządku, pani zaczyna. Proszę powiedzieć: „Jestem niekompetentna, bo nie dostałam samych piątek".

PACJENTKA: Jestem niekompetentna, bo nie dostałam samych piątek.

TERAPEUTKA: Nie, to nieprawda. Żywię *przekonanie*, że jestem niekompetentna, ale w większości przypadków jestem dość kompetentna.

PACJENTKA: Nieprawda. Gdybym była naprawdę kompetentna, dostałabym same piątki w zeszłym semestrze.

TERAPEUTKA: Nieprawda. Kompetencja nie równa się całkowitej perfekcji w nauce. Gdyby to była prawda, tylko 1% studentów na świecie byłby kompetentny. Reszta byłaby niekompetentna.

PACJENTKA: Z chemii dostałam trójkę. To *dowodzi*, że jestem niekompetentna.

TERAPEUTKA: To też nie jest prawda. Gdybym nie zaliczyła przedmiotu, *być może* miałabym powody, by powiedzieć, że nie jestem kompetentna w chemii, ale to nie oznacza braku kompetencji we *wszystkim*. Poza tym może tak naprawdę jestem kompetentna w chemii, ale nie zdałam z innych powodów. Na przykład miałam depresję i nie mogłam się skoncentrować na nauce.

PACJENTKA: Ale osoba naprawdę kompetentna w ogóle nie wpadłaby w depresję.

TERAPEUTKA: W rzeczywistości nawet bardzo kompetentne osoby wpadają w depresję. Nie ma tutaj związku. A kiedy naprawdę kompetentni ludzie wpadają w depresję, obniża się ich koncentracja, spada motywacja i osiągają oni gorsze wyniki niż zazwyczaj. Ale to nie znaczy, że są zupełnie niekompetentni.

PACJENTKA: To chyba prawda. Po prostu są w depresji.

TERAPEUTKA: Ma pani rację, ale wyszła pani z roli. Czy ma pani jeszcze jakieś dowody na własną niekompetencję?

PACJENTKA: (*myśli przez chwilę*) Chyba już nie.

TERAPEUTKA: Może zamienimy się rolami i teraz to pani będzie stroną „intelektualną", która spiera się z moją „emocjonalną"? Użyję takich samych argumentów jak pani.

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Zaczynam. „Jestem niekompetentna, bo nie dostałam samych piątek".

Zamiana ról daje pacjentowi okazję do mówienia głosem rozumu, który chwilę wcześniej modelował terapeuta. Terapeuta używa tego samego emocjonalnego rozumowania i tych samych słów, którymi posługiwał się pacjent. Użycie tych samych słów i niewprowadzanie nowych treści pomaga pacjentowi precyzyjniej odpowiedzieć na swoje konkretne obawy i wątpliwości.

Jeśli pacjent nie potrafi sformułować odpowiedzi, kiedy odgrywa rolę intelektualnej części swego umysłu, terapeuta może na chwilę zamienić się z pacjentem rolami lub wyjść z roli w celu omówienia impasu. Jak w przypadku wszystkich metod modyfikacji przekonań, terapeuta będzie oceniał zarówno skuteczność zastosowanej interwencji, jak i to, ile wysiłku należy jeszcze włożyć w zmianę danego przekonania. W tym celu będzie prosił pacjenta o ocenę siły tego przekonania po interwencji.

Wielu pacjentów uważa intelektualno-emocjonalne odgrywanie ról za przydatną technikę, niektórzy jednak czują się skrępowani podczas jej wykonywania. Jak w przypadku pozostałych interwencji tak i tutaj decyzję o jej zastosowaniu należy podjąć wspólnie. Ponieważ technika ta ma charakter nieco polemiczny, terapeuta musi uważać na niewerbalne reakcje pacjenta w trakcie odgrywania ról. Powinien też zadbać o to, aby pacjent nie odebrał wyniesienia intelektualnej części jego umysłu nad emocjonalną jako krytyki lub deprecjonowania.

Wykorzystanie innych osób jako punktu odniesienia

Kiedy pacjenci omawiają przekonania *innych* osób, często nabierają dystansu psychicznego do swoich własnych dysfunkcjonalnych przekonań. Zaczynają dostrzegać rozdźwięk między tym, co uważają za prawdziwe lub słuszne w odniesieniu do siebie, a tym, co bardziej obiektywnie uważają za prawdziwe w odniesieniu do innych osób. Poniżej przedstawiono cztery przykłady wykorzystania innych ludzi jako punktu odniesienia i nabrania w ten sposób dystansu.

Przykład 1

TERAPEUTKA: W zeszłym tygodniu powiedziała pani, że kuzynka Emily ma pani zdaniem inne przekonanie niż pani, że koniecznie trzeba wszystko wykonywać doskonale.

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Czy mogłaby pani wyrazić to przekonanie słowami?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: Emily uważa, że niczego nie musi robić świetnie. Jest w porządku, niezależnie od wszystkiego.

TERAPEUTKA: I pani zdaniem ma rację? Nie musi niczego robić doskonale, żeby być w porządku?

PACJENTKA: Jasne, że ma rację.

TERAPEUTKA: Czy uważa ją pani za osobę całkowicie niekompetentną?

PACJENTKA: Skąd. Może nie dostaje dobrych ocen, ale na pewno jest kompetentna pod wieloma innymi względami.

TERAPEUTKA: Ciekawe, czy przekonanie Emily można by odnieść do pani: „Nawet jeśli coś nie pójdzie mi świetnie, to i tak jestem w porządku"?

PACJENTKA: Hmm...

TERAPEUTKA: Czy Emily ma coś, co powoduje, że ona jest w porządku niezależnie od tego, jak dobrze jej pójdzie, a pani tego nie ma?

PACJENTKA: (*przez moment się zastanawia*) Nie, chyba nie. Po prostu nigdy o tym tak nie myślałam.

TERAPEUTKA: W jakim stopniu jest pani teraz przekonana, że jeśli nie wszystko pójdzie pani świetnie, to znaczy, że jest pani niekompetentna?

PACJENTKA: W mniejszym. Może w 60%.

TERAPEUTKA: A w jakim stopniu wierzy pani w prawdziwość nowego przekonania: Nawet „jeśli nie pójdzie mi świetnie, to jestem w porządku"?

PACJENTKA: Większym niż wcześniej. Może w 70%.

TERAPEUTKA: Dobrze. Może zapiszemy to nowe przekonanie i zaczniemy robić listę dowodów na poparcie jego prawdziwości?

W tym momencie terapeuta mógłby wprowadzić Kartę przekonania kluczowego, omówioną w rozdziale 14, którą da się wykorzystać zarówno w odniesieniu do przekonań kluczowych, jak i pośredniczących.

Przykład 2

Aby pomóc pacjentowi w zmianie przekonania pośredniczącego lub kluczowego, można poprosić go o wskazanie osoby, która najwyraźniej żywi takie samo dysfunkcjonalne przekonanie. Czasami pacjent dostrzega zniekształcenia w myśleniu innych osób i potrafi odnieść tę obserwację do siebie. Jest to technika analogiczna do pytania używanego w zapisie myśli: „Co powiedziałbym/powiedziałabym [imię przyjaciela/przyjaciółki], gdyby to on/ona znalazł/a się w takiej sytuacji?".

TERAPEUTKA: Czy zna pani osobę, która mogłaby mieć takie samo przekonanie: „Jeśli nie będę ciężko pracować, to poniosę porażkę"?

PACJENTKA: Na pewno Rebecca, moja koleżanka ze szkoły średniej, też w to wierzy. Uczy się całymi dniami.

TERAPEUTKA: Jak adekwatne jest to przekonanie w jej przypadku?

PACJENTKA: W ogóle nieadekwatne. Jest bardzo inteligentna. Prawdopodobnie nie mogłoby się jej nie udać, nawet gdyby chciała.

TERAPEUTKA: Czy ona może uważać, że każdy stopień niższy od piątki jest porażką?

PACJENTKA: Tak. Wiem, że tak myśli.

TERAPEUTKA: I zgadza się pani, że jeśli dostanie czwórkę, to poniesie porażkę?

PACJENTKA: Nie, oczywiście, że nie.

TERAPEUTKA: Jak by pani potraktowała taką sytuację?

PACJENTKA: Czwórka to dobra ocena. Nie najwyższa, ale na pewno nie *porażka*.

TERAPEUTKA: Jakie przekonanie powinna mieć Rebecca?

PACJENTKA: Warto ciężko pracować i starać się o piątkę, ale świat się nie skończy, jeśli się jej nie dostanie. I to na pewno nie jest porażka.

TERAPEUTKA: Jak to przekonanie odnosi się do pani?

PACJENTKA: Hmm... Chyba tak samo.

TERAPEUTKA: Może pani na głos powiedzieć, co jest takie samo?

PACJENTKA: Jeśli nie dostaję samych piątek, to nie znaczy, że poniosłam porażkę. Nadal jednak uważam, że powinnam ciężko pracować.

TERAPEUTKA: Oczywiście. Rozsądnie jest chcieć ciężko pracować i osiągać dobre wyniki. Nierozsądnie natomiast jest uważać, że poniosła pani porażkę, jeśli nie zrobiła pani czegoś idealnie. Czy zgadza się pani z tym?

Przykład 3

Terapeuta może także odegrać z pacjentem scenę, w której pacjent ma przekonać inną osobę, że ich wspólne przekonanie nie jest prawomocne w przypadku tej osoby.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: A więc koleżanka z pokoju też uważa, że nie powinna prosić o pomoc wykładowcy, ponieważ mógłby sobie pomyśleć, że jest głupia albo źle przygotowana?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Zgadza się pani z nią?

PACJENTKA: Nie. Prawdopodobnie się myli. Ale nawet jeśli wykładowca źle ją oceni, to nie znaczy, że ma rację.

TERAPEUTKA: Czy możemy odegrać tę scenę? Ja będę koleżanką, a pani będzie udzielać mi rad. Proszę nie pozwalać na żadne błędy w myśleniu!

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Ja zacznę. Sally, zupełnie nie rozumiem tego materiału. Co powinnam zrobić?

PACJENTKA: Idź na konsultacje do wykładowcy.

TERAPEUTKA: Nie mogę. Pomyśli, że jestem głupia i marnuję jego czas.

PACJENTKA: Pomaganie studentom należy do jego obowiązków.

TERAPEUTKA: Ale pewnie nie lubi, jak studenci zawracają mu głowę.

PACJENTKA: Trudno, za to mu płacą. Tak czy inaczej dobrzy wykładowcy lubią pomagać studentom. Jeśli będzie się niecierpliwił, to sobie, a nie tobie wystawi złe świadectwo.

TERAPEUTKA: Ale nawet jeśli nie ma nic przeciwko pomaganiu, to dowie się, że tego nie rozumiem.

PACJENTKA: Nie szkodzi. Nie oczekuje, że wszystko z góry wiesz. Dlatego przychodzisz na konsultacje.

TERAPEUTKA: A co będzie, jeśli pomyśli, że jestem głupia?

PACJENTKA: Po pierwsze, nie byłoby cię tutaj, gdybyś była głupia. Po drugie, jeśli oczekuje, że wiesz wszystko z góry, to po prostu nie ma racji. Gdybyś wiedziała wszystko, nie zapisałabyś się do niego na zajęcia.

TERAPEUTKA: Nadal uważam, że nie powinnam iść.

PACJENTKA: Powinnaś. Nie pozwól, żeby jego wyniosła postawa wywołała w tobie uczucie, że mu się narzucasz albo jesteś głupia. Nie jesteś.

TERAPEUTKA: Dobrze. Przekonałaś mnie. Wychodzimy z ról. Czy to, co pani powiedziała koleżance, odnosi się do pani?

Przykład 4

Wreszcie pacjent może nabrać dystansu do swojego przekonania, jeśli jako punkt odniesienia wykorzysta własne dziecko (lub dziecko, które zna) lub wyobrazi sobie, że ma dziecko.

TERAPEUTKA: A zatem jest pani przekonana w 80%, że jeśli nie osiągnie pani tak dobrych wyników jak inni, to poniesie pani porażkę?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Czy może sobie pani wyobrazić, że ma pani córkę? Ma dziesięć lat i jest w czwartej klasie. Pewnego dnia wraca ze szkoły bardzo zasmucona, bo jej koleżanki dostały piątki, a ona trójkę. Czy chciałaby pani, aby uważała, że jest do niczego?

PACJENTKA: Nie, oczywiście, że nie.

TERAPEUTKA: Dlaczego nie? Co pani zdaniem powinna sobie pomyśleć? (*Sally odpowiada*). W jaki sposób to, co właśnie pani powiedziała, odnosi się do pani?

Zachowanie „jak gdyby"

Zmiany przekonań często prowadzą do analogicznych zmian w zachowaniu. Z kolei zmiany w zachowaniu często wywołują analogiczne zmiany w przekonaniach. Jeśli przekonanie jest stosunkowo słabe, to pacjent zmienia docelowe zachowanie szybko i łatwo, bez poważnej interwencji poznawczej. Wiele przekonań będzie wymagać pewnej modyfikacji, zanim pacjent zechce zmienić swoje zachowanie. Często jednak potrzebna jest tylko *częściowa* modyfikacja przekonania. Gdy pacjent zacznie zmieniać swoje zachowanie, samo przekonanie też w jakimś stopniu osłabnie (dzięki czemu podtrzymanie nowych zachowań będzie łatwiejsze, co dalej osłabi przekonanie itd. na zasadzie pozytywnego sprzężenia zwrotnego).

TERAPEUTKA: W porządku, w jakim stopniu jest pani *teraz* przekonana, że prośba o pomoc jest oznaką słabości?

PACJENTKA: Już nie tak mocno. Może w 50%.

TERAPEUTKA: To niezły spadek. Czy w pani sytuacji korzystne byłoby zachowywanie się tak, jak gdyby w ogóle pani w to nie wierzyła?

PACJENTKA: Nie wiem, czy dobrze rozumiem.

TERAPEUTKA: Gdyby nie była pani przekonana, że jest to oznaką słabości, gdyby w istocie uważała pani, że proszenie

Scanned by CamScanner

o pomoc jest *dobrym* rozwiązaniem, to jak mogłaby się pani zachowywać w ostatnim tygodniu?

PACJENTKA: No cóż, rozmawiałyśmy o tym, że miałam pójść na konsultacje do opiekunki naukowej. Gdybym naprawdę była przekonana, że to dobre rozwiązanie, to chyba bym tak zrobiła.

TERAPEUTKA: Coś jeszcze?

PACJENTKA: Mogłabym znaleźć korepetytora z ekonomii... Mogłabym poprosić kolegę z akademika o notatki...

TERAPEUTKA: Świetne pomysły. Jakie pozytywne rzeczy mogłyby się zdarzyć, gdyby postąpiła pani w ten sposób?

PACJENTKA: (*śmieje się*) Otrzymałabym pomoc, której potrzebuję.

TERAPEUTKA: Czy jest pani gotowa, aby w tym tygodniu zachowywać się tak, jak gdyby była pani przekonana, że proszenie o pomoc jest dobrym rozwiązaniem?

PACJENTKA: Może.

TERAPEUTKA: W porządku, za chwilę porozmawiamy o tym, jakie myśli mogą pani przeszkodzić, ale najpierw może zapisze pani pomysły, które przed chwilką pani wymieniła. Czy chce pani zanotować tę technikę, żeby łatwiej było pani zacząć? Proszę się zachowywać tak, *jak gdyby* wierzyła pani w prawdziwość nowego przekonania, nawet jeśli w rzeczywistości tak nie jest.

Technikę tę – podobnie jak pozostałe metody modyfikacji przekonań pośredniczących – można stosować do przekonań kluczowych.

Dzielenie się własnymi doświadczeniami

Właściwe i roztropne podzielenie się przez terapeutę własnymi doświadczeniami może pomóc niektórym pacjentom w innym spojrzeniu na swoje problemy czy przekonania. Wypowiedź terapeuty powinna oczywiście być szczera i na temat.

TERAPEUTKA: Wie pani, kiedy byłam na studiach, też miałam problem ze zwracaniem się o pomoc do profesorów, ponieważ myślałam, że zdradzę się ze swoją niewiedzą. I szczerze mówiąc, gdy już zdecydowałam się pójść na konsultacje, rezultaty były różne. Zwykle wykładowcy byli bardzo życzliwi i pomocni, choć kilka razy potraktowali mnie dość oschle, po prostu kazali mi przeczytać jakiś rozdział jeszcze raz. Ale przecież to, że czegoś nie rozumiałam, nie znaczyło, że byłam

niekompetentna. A jeśli jakiś wykładowca zachował się nieprzyjemnie... no cóż, myślę, że to gorzej świadczyło o nim niż o mnie. (*pauza*) Co pani o tym sądzi?

Jak widać, terapeuta pomaga pacjentowi w *rozpoznaniu* przekonań pośredniczących, identyfikując przekonanie wyrażone w postaci automatycznej myśli, podając część założenia, bezpośrednio wydobywając zasadę lub postawę, wykorzystując technikę sondowania, szukając powracających wątków wśród automatycznych myśli pacjenta lub analizując kwestionariusz przekonań wypełniony przez pacjenta. Następnie ustala, jak *ważne* jest dane przekonanie, pytając pacjenta, w jakim stopniu jest on przekonany o jego prawdziwości oraz jak rozległy i silny jest jego wpływ na funkcjonowanie pacjenta. Następnie decyduje, czy rozpocząć pracę nad *modyfikacją* przekonania podczas bieżącej sesji, czy też przełożyć ją na dalsze spotkania. Przystępując do pracy nad modyfikacją przekonania, terapeuta *wyjaśnia* pacjentowi ich charakter, *wyraża zasady i postawy w formie założeń*, a także analizuje *wady i zalety* danego przekonania. W myślach *formułuje nowe, bardziej funkcjonalne przekonanie* i ukierunkowuje pacjenta na jego przyjęcie za pomocą wielu *technik modyfikacji przekonań*. Do technik tych należy: dialog sokratejski, eksperymenty behawioralne, kontinuum poznawcze, intelektualno-emocjonalne odgrywanie ról, wykorzystywanie innych osób jako punktu odniesienia, zachowanie „jak gdyby" oraz dzielenie się własnymi doświadczeniami. Niektóre z tych strategii są bardziej perswazyjne niż standardowy dialog sokratejski stosowany do zmiany myśli automatycznych, ponieważ przekonania bywają znacznie sztywniejsze i bardziej utrwalone. Te same metody mogą służyć do modyfikacji przekonań kluczowych.

Scanned by CamScanner

ROZDZIAŁ 14

ROZPOZNAWANIE I MODYFIKACJA PRZEKONAŃ KLUCZOWYCH

Przekonania kluczowe, jak opisano w rozdziale 3, to nasze najważniejsze poglądy o nas samych. Niektórzy autorzy nazywają je schematami. Beck (1964) odróżnia te dwie kategorie, sugerując, że są one strukturami poznawczymi w umyśle, których konkretną treść stanowią przekonania. Ponadto Beck formułuje teorię, że negatywne przekonania kluczowe zasadniczo dzielą się na dwie kategorie: przekonania o bezradności oraz przekonania o niezasługiwaniu na miłość (Beck, 1999). Opisano także trzecią kategorię – przekonania o braku własnej wartości (J.S. Beck, 2005). Przekonania niektórych pacjentów należą do jednej kategorii, inni żywią przekonania kluczowe należące do dwóch lub trzech.

Przekonania kształtują się we wczesnym okresie życia, w miarę jak dziecko, ze swoją genetyczną predyspozycją do pewnych cech osobowościowych, wchodzi w interakcje z ważnymi dla siebie osobami i konfrontuje się z różnymi sytuacjami. Przez większość życia utrzymujemy stosunkowo pozytywne i realistyczne przekonania kluczowe (np. „Zasadniczo mam kontrolę nad sytuacją", „Większość rzeczy robię dobrze", „Sprawnie dążę do zamierzonych celów", „Można mnie lubić", „Jestem osobą wartościową"). Negatywne przekonania kluczowe mogą się ujawnić tylko w momentach cierpienia lub dyskomfortu psychicznego. (U niektórych pacjentów z zaburzeniami osobowości negatywne przekonania kluczowe mogą być jednak aktywne niemal przez cały czas). W odróżnieniu od automatycznych myśli przekonanie kluczowe na swój temat, które pacjent uważa za nieodparcie prawdziwe, często zostaje w pełni wyartykułowane do-

piero wtedy, gdy terapeuta usunie powierzchniowe warstwy, ciągle zadając pytania o znaczenie jego myśli.

Należy pamiętać, że pacjenci mogą również żywić negatywne przekonania o innych ludziach i świecie, w którym żyją: „Ludziom nie można ufać", „Inni będą mnie ranić", „Świat jest zepsuty", „Świat jest niebezpieczny". Oprócz przekonań kluczowych dotyczących samego pacjenta także tego rodzaju stałe, nadmiernie uogólnione poglądy często muszą być zweryfikowane i zmodyfikowane.

Zanim Sally popadła w depresję, uważała się za osobę kompetentną, a oznaki ewentualnego braku wiedzy czy umiejętności interpretowała jako uwarunkowane sytuacyjnie. Na przykład kiedy w szkole średniej dostała gorszą ocenę z pracy pisemnej, potraktowała to jako przypadek słabszej formy, ale nie uważała, że sytuacja ta oznacza, iż jest zupełnie do niczego.

W miarę rozwoju depresji jej pozytywny schemat został wyłączony i niemal w pełni uruchomił się negatywny schemat zawierający treść: „Jestem niekompetentna". Jak pokazano na rycinie 3.1, Sally zaczęła przeceniać i nadmiernie uogólniać negatywne dane zawarte w negatywnych prostokątach, stale wzmacniając swoje przekonanie, że jest niekompetentna. Jednocześnie nie dostrzegała wielu pozytywnych danych związanych z jej schematem (takich jak powrót do zwykłych zajęć, mimo że depresja znacznie to utrudniała); te pozytywne trójkąty „odbijały się" od schematu i nie były do niego włączane. Sally odrzucała także wiele informacji pozytywnych, interpretując swoje doświadczenia na zasadzie „Tak, ale..." („Tak, dobrze napisałam kolokwium, ale było ono łatwe". „Tak, pomogłam dziecku, któremu udzielałam korepetycji, ale miałam szczęście, ponieważ tak naprawdę nie wiedziałam, co robię"). Te pozytywne trójkąty były w istocie przekształcane w negatywne prostokąty.

To dysfunkcjonalne przetwarzanie informacji u Sally nie dokonywało się zgodnie z jej wolą. Ma ono charakter automatyczny i jest objawem depresji. Uznałam, że trzeba będzie pracować bezpośrednio nad modyfikacją jej negatywnego przekonania kluczowego, nie tylko w celu złagodzenia jej obecnej depresji, ale także po to, aby zapobiec przyszłym epizodom lub zmniejszyć ich nasilenie.

Na przykład pewnego dnia, będąc w depresji, Sally otrzymała czwórkę z minusem na egzaminie. Natychmiast zinterpretowała to jako dowód na to, że jest osobą niekompetentną. Kiedy następnego dnia dostała piątkę z pracy pisemnej, jej umysł automatycznie zlekceważył pozytywny dowód, który przemawiał przeciwko jej negatywnemu przekonaniu kluczowemu. Była przekonana, że dobry stopień nie świadczy o kompetencji; w istocie wierzyła, że jest niekompetentna i jedynie „nabrała" profesora. Nie dostrzegała także innych pozytywnych sygnałów, na przykład że nie spóźniała się na żadne zajęcia. (Zwróćmy uwagę, że gdyby się spóźniła lub opuściła zajęcia, zinter-

Scanned by CamScanner

pretowałaby te doświadczenia w negatywny sposób, jako potwierdzenie jej negatywnego przekonania kluczowego).

Terapeuta powinien zacząć pracę nad modyfikacją przekonania możliwie jak najwcześniej. Gdy pacjent zmieni swoje przekonanie, zmniejszy się prawdopodobieństwo, że będzie przetwarzał dane w nieprzystosowawczy sposób. W konkretnych sytuacjach będzie miał inne (bardziej przystosowawcze i realistyczne) automatyczne myśli i bardziej adekwatne reakcje. Modyfikacja przekonania na wczesnym etapie terapii może się jednak nie powieść, jeżeli pacjent:

- Żywi przekonania kluczowe, które są dosyć sztywne i nadmiernie uogólnione.
- Nie jest jeszcze przekonany, że treści poznawcze to poglądy, niekoniecznie zaś prawdy.
- Przeżywa bardzo silne emocje, kiedy przekonania są wydobywane lub kwestionowane.
- Nie stworzył dostatecznie silnego przymierza terapeutycznego z terapeutą (może niewystarczająco ufać terapeucie, uważać, że terapeuta nie rozumie, kim on tak naprawdę jest lub czuć się zdeprecjonowany pod wpływem procesu weryfikacji przekonania).

W takich przypadkach terapeuta będzie uczył pacjentów metod rozpoznawania, weryfikowania i przystosowawczego podważania automatycznych myśli i przekonań pośredniczących przed zastosowaniem tych samych narzędzi do przekonań kluczowych.

Terapeuta może bezwiednie podjąć próbę zweryfikowania przekonania kluczowego we wczesnej fazie terapii, ponieważ zostało ono wyrażone w postaci myśli automatycznej. Taka weryfikacja zwykle odnosi niewielki skutek. W innym wypadku terapeuta może celowo przetestować możliwość modyfikacji przekonania nawet wtedy, gdy nie wykonał znacznej pracy na poziomie myśli automatycznych i przekonań pośredniczących.

Problemy z rozpoznaniem i modyfikacją przekonań kluczowych są różne u poszczególnych pacjentów. Ogólnie biorąc, pacjenci, którzy odczuwają wielkie cierpienie emocjonalne, łatwiej niż inni wyrażają swoje przekonania kluczowe (gdyż zostają one uruchomione w czasie sesji). Na ogół też znacznie łatwiej jest modyfikować negatywne przekonania kluczowe pacjentów z zaburzeniami z osi I, u których równoważące przekonania pozytywne pozostawały aktywne przez większość ich życia. Negatywne przekonania kluczowe pacjentów z zaburzeniami osobowości są zwykle dużo trudniejsze do modyfikacji (J.S. Beck, 2005; Beck i in., 2004; Young, 1999). Z reguły u pacjentów tych występuje mniej przekonań pozytywnych i są one słabsze, daje się natomiast zauważyć wiele silnych negatywnych przekonań

kluczowych, które łączą się z sobą i podtrzymują nawzajem na podobieństwo sieci.

Rozpoznając i modyfikując przekonania kluczowe, terapeuta podejmuje w trakcie terapii następujące działania (każdy krok zostanie szerzej opisany w dalszej części rozdziału):

1. W myślach formułuje hipotezę, z której kategorii przekonań kluczowych („bezradność", „niezasługiwanie na miłość" czy „brak własnej wartości") mogą wypływać dane myśli automatyczne (zob. rycina 14.1).
2. Formułuje przekonanie kluczowe (w myślach) za pomocą tych samych technik, których używa do rozpoznawania przekonań pośredniczących pacjenta.
3. Przedstawia swoją hipotezę na temat przekonania kluczowego pacjentowi i prosi go o potwierdzenie lub zaprzeczenie jej trafności; udoskonala ją w miarę dostarczania przez pacjenta dodatkowych danych na temat swoich reakcji na aktualne sytuacje i zdarzenia z dzieciństwa.
4. Wyjaśnia pacjentowi charakter przekonań kluczowych w ogóle oraz tych konkretnych przekonań, które on żywi; pokazuje mu, jak obserwować obecne oddziaływanie przekonania kluczowego.
5. Pomaga pacjentowi sformułować i utrwalić nowe, bardziej przystosowawcze przekonanie kluczowe.
6. Wspólnie z pacjentem zaczyna weryfikować i modyfikować negatywne przekonanie kluczowe; analizuje możliwe źródła tego przekonania w dzieciństwie, proces podtrzymywania go przez lata oraz jego wpływ na obecne problemy pacjenta; nadal obserwuje obecne działanie przekonania; korzysta zarówno z „intelektualnych", jak i „emocjonalnych" (doświadczeniowych) metod, aby zmniejszyć siłę dawnego przekonania kluczowego i zwiększyć siłę nowego.

KATEGORYZACJA PRZEKONAŃ KLUCZOWYCH

Jak już wspomniano, przekonania kluczowe pacjentów mogą należeć do kategorii przekonań o bezradności, niezasługiwaniu na miłość i/lub braku własnej wartości. Ilekroć pacjent przedstawia określone dane (problemy, myśli automatyczne, emocje, zachowania, doświadczenia z przeszłości), terapeuta „wsłuchuje się", która kategoria jest czynna. Gdy na przykład Sally wyraża myśli o tym, że jej praca jest zbyt ciężka, że nie potrafi się skoncentrować lub boi się porażki, formułuję hipotezę, iż zostało uruchomione przekonanie z kategorii przekonań o bezradności. Co jakiś czas Sally wspomina o automatycznych myślach – że jej znajomi mogą nie chcieć spędzać z nią czasu z powodu jej depresji. Kiedy używam techniki sondowania, pytając, jak te myśli świadczą o niej, Sally wzrusza ramionami i mówi, okazując niewiele emocji: „Po prostu nie będę miała nikogo, z kim mogłabym spędzać

Scanned by CamScanner

czas". Sally nie wydaje się mieć zbyt silnego przekonania kluczowego o niezasługiwaniu na miłość.

Inny pacjent konsekwentnie wyraża myśli o tym, że ludzie się nim nie interesują, oraz obawy, że zbyt różni się od innych, aby utrzymać stały związek. Przekonanie kluczowe tego pacjenta należy do kategorii przekonań o niezasługiwaniu na miłość). Trzecia pacjentka jest zirytowana tym, że nie potrafi skłonić innych, aby jej słuchali. Chociaż cierpi z tego powodu tylko w sytuacjach interpersonalnych, nie jest przekonana, że nie zasługuje na miłość. Przekonanie kluczowe, które zostaje uruchomione, jest przekonaniem o bezradności. Wreszcie czwarty pacjent uważa się za bezwartościowego człowieka nie dlatego, że nie potrafi niczego osiągnąć (przekonanie o bezradności), ani nie w związku z jego relacjami z innymi (co mogłoby być przekonaniem o niezasługiwaniu na miłość). Jest przekonany, że pod względem moralnym jest złym człowiekiem (przekonanie o braku własnej wartości).

W górnej części ryciny 14.1 wymieniono typowe przekonania kluczowe należące do kategorii przekonań o bezradności. Najczęstsze motywy to nieskuteczność:

- W robieniu różnych rzeczy („Jestem niekompetentny, niczego nie potrafię zrobić dobrze").
- W zapewnieniu sobie bezpieczeństwa („Jestem narażony na ciosy, słaby, bezsilny, w potrzasku").
- W osiąganiu celów życiowych („Jestem do niczego, nie dorównuję innym, jestem nieudacznikiem").

W środkowej części ryciny 14.1 przedstawiono typowe przekonania kluczowe należące do kategorii przekonań o niezasługiwaniu na miłość. Najczęstsze motywy to bycie kimś, kogo nie da się lubić, pożądać, kimś nieatrakcyjnym lub ułomnym (nie pod względem osiągnięć czy moralności, ale charakteru, co nie pozwala na utrzymanie miłości i sympatii innych osób). W dolnej części ryciny 14.1 znajdują się przekonania kluczowe o braku własnej wartości. Gdy pacjent żywi przekonanie należące do tej kategorii, nie martwi się przesadnie swoją skutecznością czy zasługiwaniem na miłość, ale po prostu wierzy, że jest zły, niegodny czy nawet niebezpieczny dla innych ludzi.

Czasami jest jasne, do której kategorii należy dane przekonanie kluczowe, zwłaszcza jeśli pacjent mówi wprost: „Jestem bezradny" albo „Nie da się mnie kochać". W innych wypadkach terapeuta może na początku nie wiedzieć, jaka kategoria przekonań została uruchomiona. Na przykład pacjent w depresji może powiedzieć: „Nie jestem dość dobry". Terapeuta musi wówczas ustalić znaczenie tej myśli – czy chodzi o to, że pacjent nie jest dość dobry, aby coś osiągnąć i zdobyć szacunek (kategoria przekonań o bezradności), czy też o to, że

Przekonania kluczowe o bezradności

Jestem niekompetentny.
Jestem nieskuteczny.
Niczego nie potrafię zrobić dobrze.
Jestem bezradny.
Jestem bezsilny.
Jestem słaby.
Jestem narażony na ciosy.
Jestem ofiarą.
Jestem w potrzebie.
Jestem w potrzasku.
Straciłem kontrolę.
Jestem do niczego.
Jestem ułomny (tzn. nie dorównuję innym).
Nie jestem dość dobry (pod względem osiągnięć i sukcesu).
Jestem nieudacznikiem.

Przekonania kluczowe o niezasługiwaniu na miłość

Nie jestem godny miłości.
Nie da się mnie lubić.
Nie można mnie pożądać.
Jestem nieatrakcyjny.
Nikt mnie nie chce.
Nikogo nie obchodzę.
Jestem inny.
Jestem zły (więc inni mnie nie pokochają).
Jestem ułomny (więc inni mnie nie pokochają).
Nie jestem dość dobry (aby ktoś mnie pokochał).
Na pewno zostanę odrzucony.
Na pewno zostanę porzucony.
Na pewno zostanę sam.

Przekonania kluczowe o braku własnej wartości

Jestem nic nie wart.
Jestem nie do zaakceptowania.
Jestem zły.
Jestem śmieciem.
Jestem zepsuty.
Jestem niebezpieczny.
Jestem toksyczny.
Nie zasługuję na to, żeby żyć.

Rycina 14.1. Kategorie przekonań kluczowych. Źródło: *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when the basics don't work*. Copyright 2005 by Judith S. Beck. New York: Guilford Press

nie jest dość dobry, aby inni go kochali (kategoria przekonań o niezasługiwaniu na miłość).

Tak więc terapeuta zaczyna w myślach formułować hipotezę dotyczącą przekonań kluczowych pacjenta, ilekroć dostarcza on danych w postaci automatycznych myśli (i powiązanych z nimi znaczeń) oraz reakcji (emocji i zachowań). Najpierw dokonuje (w myślach) ogólnego podziału na treści poznawcze, które mogą należeć do kategorii przekonań o bezradności, o niezasługiwaniu na miłość lub o braku własnej wartości.

Scanned by CamScanner

ROZPOZNAWANIE PRZEKONAŃ KLUCZOWYCH

Aby rozpoznać określone przekonanie kluczowe pacjenta, terapeuta korzysta z tych samych technik, które posłużyły mu do rozpoznania przekonań pośredniczących (zob. rozdział 13). Poza techniką *sondowania* szuka *głównych wątków w automatycznych myślach pacjenta*, uważa na *przekonania kluczowe wyrażone jako myśli automatyczne* i *bezpośrednio wydobywa* przekonanie kluczowe.

Terapeuta często rozpoznaje przekonanie kluczowe już na początku terapii, aby dokonać konceptualizacji problemu pacjenta i zaplanować leczenie. Może wówczas zbierać dane na temat przekonań kluczowych albo nawet spróbować pomóc pacjentowi w ich zweryfikowaniu. W niektórych wypadkach taka wczesna weryfikacja jest mało skuteczna, ale pomaga terapeucie sprawdzić siłę, zakres i plastyczność danego przekonania.

TERAPEUTKA: Co przyszło pani do głowy, kiedy nie potrafiła pani rozwiązać zadania ze statystyki?

PACJENTKA: Niczego nie potrafię zrobić dobrze. Nigdy nie poradzę sobie na studiach.

TERAPEUTKA: [technika sondowania] A jeśli jest prawdą, że niczego nie potrafi pani zrobić dobrze i na pewno nie poradzi sobie pani na studiach, co to oznacza?

PACJENTKA: [przekonanie kluczowe] Jestem beznadziejna. Jestem zupełnie niekompetentna.

TERAPEUTKA: W jakim stopniu jest pani o tym przekonana?

PACJENTKA: O, na 100%.

TERAPEUTKA: Jak bardzo jest pani niekompetentna? Bardzo, trochę?

PACJENTKA: Zupełnie. Jestem zupełnie niekompetentna.

TERAPEUTKA: Pod każdym względem?

PACJENTKA: Mniej więcej.

TERAPEUTKA: Czy są jakieś dowody, które sugerują, że tak nie jest?

PACJENTKA: Nie... chyba nie.

TERAPEUTKA: Chyba powiedziała pani, że na innych zajęciach idzie pani dobrze?

PACJENTKA: Tak, ale nie tak dobrze, jak powinno.

TERAPEUTKA: Czy fakt, że dobrze pani idzie z niektórych przedmiotów, nie stoi w sprzeczności z poglądem, że jest pani niekompetentna?

PACJENTKA: Nie. Gdybym była kompetentna, szłoby mi znacznie lepiej.

TERAPEUTKA: A inne dziedziny życia – mieszkanie w akademiku, finanse, dbanie o siebie?

PACJENTKA: Z tym też radzę sobie kiepsko.

TERAPEUTKA: Więc pogląd, że jest pani niekompetentna, obejmuje też inne sfery życia?

PACJENTKA: W sumie wszystkie.

TERAPEUTKA: W porządku, teraz widzę, jak silne jest to przekonanie. Czy możemy wrócić do sytuacji, w której nie mogła pani skończyć zadania ze statystyki i przyszła pani do głowy myśl: „Niczego nie potrafię zrobić dobrze. Nigdy nie poradzę sobie na studiach".

Korzystam tutaj z techniki sondowania, aby rozpoznać pogląd, który konceptualizuję jako przekonanie kluczowe. Delikatnie sprawdzam jego siłę, zakres i plastyczność, a następnie postanawiam przełożyć dalszą weryfikację na później. Niemniej określam to jako „pogląd" (sugerując, że niekoniecznie jest to prawda) i zaznaczam jako temat do omówienia w przyszłości.

PRZEDSTAWIANIE PRZEKONAŃ KLUCZOWYCH

Kiedy terapeuta uważa, że ma wystarczająco dużo informacji, aby wysunąć hipotezę na temat przekonania kluczowego, i jest przekonany, że pacjent będzie dostatecznie otwarty, wstępnie przedstawia swoją konceptualizację, tak jak w przykładzie poniżej.

TERAPEUTKA: W ciągu ostatnich kilku tygodni rozmawiałyśmy o różnych problemach – nauce, decyzjach dotyczących wakacji, udzielaniu korepetycji. Ilekroć analizowałyśmy pani myśli i pytałam panią, jakie jest ich znaczenie, stale pani odpowiadała, że ich sens można sprowadzić do tego, że jest pani niekompetentna... Czy zgadza się pani z tym?

PACJENTKA: Tak. Nadal myślę, że jestem niekompetentna.

Terapeuta może też omówić z pacjentem kilka powiązanych z sobą automatycznych myśli, jakie przyszły pacjentowi do głowy w różnych sytuacjach, a następnie poprosić go o wywnioskowanie podstawowego wzorca („Czy dostrzega pani wspólny motyw w tych myślach automatycznych?").

W niektórych przypadkach terapeuta może wykorzystać odręczny rysunek – uproszczoną wersję schematu konceptualizacji poznawczej (strona 213) – na wczesnym etapie terapii. Za pomocą

Scanned by CamScanner

schematu lub bez niego terapeuta może pokrótce zbadać istotne czynniki z dzieciństwa.

TERAPEUTKA: Czy pamięta pani, że czuła się niekompetentna także w innych okresach życia? W dzieciństwie?

PACJENTKA: Tak, czasami. Pamiętam, że nigdy nie potrafiłam robić rzeczy, z którymi bez trudu radził sobie mój brat.

TERAPEUTKA: Czy może pani podać jakieś przykłady?

Terapeuta wykorzysta dane dotyczące przeszłości później, kiedy będzie przedstawiał pacjentowi swoją hipotezę, jak rozwinęło się u niego przekonanie kluczowe, i będzie mu wyjaśniał, że przekonanie to może być całkowicie lub w dużej części niezgodne z prawdą, nawet jeśli pacjent jest obecnie mocno przekonany o jego prawdziwości.

WYJAŚNIANIE CHARAKTERU PRZEKONAŃ KLUCZOWYCH ORAZ OBSERWOWANIE ICH DZIAŁANIA

Ważne jest, aby pacjent zrozumiał następujące rzeczy na temat przekonań kluczowych:

- Przekonanie kluczowe to pogląd, który nie musi być zgodny z prawdą.
- Choć pacjent mocno wierzy w prawdziwość przekonania kluczowego, a nawet „czuje", że jest zgodne z rzeczywistością, to jednak może być ono w większej części lub całkowicie nieprawdziwe.
- Ponieważ przekonanie kluczowe jest poglądem, to można weryfikować jego prawdziwość.
- Przekonanie kluczowe może być zakorzenione w doświadczeniach z dzieciństwa i mogło, ale nie musiało być zgodne z rzeczywistością w chwili, gdy pacjent zaczął w nie wierzyć.
- Przekonanie kluczowe jest podtrzymywane przez schematy poznawcze pacjenta, które pozwalają łatwo rozpoznawać informacje potwierdzające jego prawdziwość i pomijać lub lekceważyć dane świadczące na jego niekorzyść.
- Podczas wspólnej pracy terapeuta i pacjent mogą korzystać z wielu strategii, aby zmienić ten pogląd i spojrzeć na siebie w bardziej realistyczny sposób.

W poniższym fragmencie rozmowy informuję Sally o naturze jej przekonania kluczowego. (Wcześniej pacjentka potwierdziła trafność konceptualizacji, którą jej przedstawiłam).

TERAPEUTKA: Czy to [myśl automatyczna, że nie będzie w stanie napisać pracy semestralnej z ekonomii] nie brzmi znajomo? Czy przypadkiem nie przeszkadza pani pogląd o własnej niekompetencji?

PACJENTKA: Chyba tak... Rzeczywiście czuję się niekompetentna.

TERAPEUTKA: No cóż, mamy dwie możliwości. Rzeczywiście *jest* pani niekompetentna i będziemy musiały wykonać razem pewną pracę, żeby zwiększyć pani kompetencję... albo problem polega na tym, że jest pani *przekonana* o własnej niekompetencji i czasami wierzy pani w to tak mocno, że rzeczywiście *postępuje* pani w sposób niekompetentny. Na przykład nie idzie pani do biblioteki, żeby zebrać materiał do pracy (*pauza*). Co pani o tym sądzi?

PACJENTKA: Nie wiem.

TERAPEUTKA: Może zapiszemy te dwie możliwości. To właśnie chciałabym robić w terapii, jeśli nie ma pani nic przeciwko temu, badać, która możliwość wydaje się bardziej prawdopodobna – czy rzeczywiście *jest* pani niekompetentna, czy też jest pani *przekonana* o tym, że jest pani niekompetentna.

W dalszej części spotkania krok po kroku wyjaśniam Sally naturę przekonań kluczowych, systematycznie upewniając się, że pacjentka rozumie.

TERAPEUTKA: Taki pogląd – „Jestem niekompetentna" – nazywamy przekonaniem kluczowym. Opowiem pani trochę o tych przekonaniach, żeby zrozumiała pani, dlaczego trudniej je zweryfikować i podważyć.

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Przede wszystkim przekonanie kluczowe to pogląd, o którego prawdziwości nie musi być pani bardzo przekonana, gdy nie ma pani depresji. Jednocześnie można oczekiwać, że kiedy *jest* pani w depresji, wierzy pani w ten pogląd niemal całkowicie, nawet jeśli istnieją dowody przemawiające przeciwko niemu (*pauza*). Czy dotychczas wszystko jest jasne?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Kiedy ma pani obniżony nastrój, ten pogląd zostaje uruchomiony. Wówczas z łatwością zauważa pani wszelkie dowody, które zdają się go potwierdzać, i zazwyczaj lekceważy dowody, które go podważają. Zupełnie jakby miała pani w głowie filtr. Wszystko, co pasuje do pani poglądu o niekompetencji, jest

Scanned by CamScanner

przepuszczane, informacje natomiast, które są z nim sprzeczne, są zatrzymywane, więc albo ich pani nie zauważy, albo zmieni je pani tak, aby mogły przejść przez ten filtr. Jak pani myśli, czy takie filtrowanie informacji może u pani występować?

PACJENTKA: Nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: Zobaczmy. Jeśli sięgnie pani pamięcią do ostatnich tygodni, czy są jakieś dowody przemawiające za tym, że *jest* pani kompetentna?

PACJENTKA: Hmm... Dostałam piątkę z egzaminu ze statystyki.

TERAPEUTKA: Świetnie! I czy ten dowód przeszedł tak po prostu przez filtr? Powiedziała pani sobie: „Dostałam piątkę – to oznacza, że jestem inteligentna, kompetentna albo dobra" lub coś w tym rodzaju?

PACJENTKA: Nie. Pomyślałam: „No cóż, egzamin był prosty – części materiału nauczyłam się już w zeszłym roku".

TERAPEUTKA: O, więc chyba filtr rzeczywiście działał. Czy widzi pani, w jaki sposób zlekceważyła pani informacje, które były sprzeczne z pani przekonaniem kluczowym: „Jestem niekompetentna"?

PACJENTKA: Hmm...

TERAPEUTKA: Czy przychodzą pani do głowy jakieś inne przykłady z minionego tygodnia? Sytuacje, w których zdrowy rozsądek podpowiadałby, że wykazała się pani kompetencją, nawet jeśli pani tak nie pomyślała?

PACJENTKA: (*myśli przez chwilę*) No cóż, pomogłam koleżance z pokoju dojść do tego, jak rozwiązać problem z ojcem. Ale to się nie liczy, każdy mógł zrobić to samo.

TERAPEUTKA: Dobry przykład. Znowu wydaje się, że nie rozpoznała pani informacji, które nie pasują do przekonania „Jestem niekompetentna". Chciałabym, żeby się pani zastanowiła, czy prawdą jest pogląd, że *każdy* zrobiłby to samo, co pani. Może to kolejny przykład tego, że nie uznaje pani własnych zasług, choć ktoś inny mógłby w tej sytuacji pomyśleć, że *nie* jest pani niekompetentna.

PACJENTKA: No cóż, moja współlokatorka rzeczywiście uważała, że bardzo jej pomogłam.

TERAPEUTKA: A więc podsumujmy: „Jestem niekompetentna" wydaje się przekonaniem kluczowym, które towarzyszy pani od dawna i w które wierzy pani dużo bardziej wtedy, kiedy jest pani w depresji. Czy może pani w kilku słowach streścić, jakie wywołuje ono skutki?

PACJENTKA: Twierdzi pani, że kiedy jestem w depresji, przepuszczam informacje, które są z nim zgodne, a odrzucam te, które nie są.

TERAPEUTKA: Zgadza się. Może w tym tygodniu w ramach pracy osobistej spróbowałaby pani zwrócić uwagę, w jaki sposób działa ten filtr – odnotowując informacje, które zdają się potwierdzać pogląd, że jest pani niekompetentna. A teraz trudniejsza część zadania. Proszę wyszukiwać i odnotować wszystkie informacje, które zdaniem innych osób mogłyby być sprzeczne z tym poglądem. Czy takie zadanie pani odpowiada?

Na następnej sesji wyjaśniam, dlaczego pacjentka jest tak mocno przekonana o prawdziwości swojego przekonania kluczowego i dlaczego mimo to może ono nie być zgodne z rzeczywistością.

TERAPEUTKA: W porządku, wykonała pani dobrą pracę w tym tygodniu, obserwując swoją skłonność do przepuszczania tylko negatywnych informacji, które zdają się potwierdzać pogląd, że jest pani niekompetentna. Jak przewidywałyśmy, znacznie trudniej było rozpoznać informacje pozytywne, które są sprzeczne z pani poglądem.

PACJENTKA: Rzeczywiście, nie najlepiej mi poszło.

TERAPEUTKA: Czy teraz czuje się pani niekompetentna?

PACJENTKA: (*śmieje się*) Tak. Chyba tak.

TERAPEUTKA: Czy filtr jest włączony? Czy przywiązuje pani większą wagę do tej części pracy osobistej, której nie wykonała pani tak dobrze, i zapomina pani o tej, z którą nie miała pani problemu?

PACJENTKA: Chyba tak robię...

TERAPEUTKA: Jaki pani zdaniem jest skutek posiadania takiego filtra?

PACJENTKA: Nie zauważam dobrych rzeczy.

TERAPEUTKA: Zgadza się. I co z dnia na dzień dzieje się z tym poglądem: „Jestem niekompetentna"?

PACJENTKA: Zapewne staje się coraz silniejsze.

TERAPEUTKA: Właśnie. Aż w pewnym momencie „czuje" pani, że to prawda, nawet jeśli tak nie jest.

PACJENTKA: Hmm...

TERAPEUTKA: Czy widzi pani teraz, że pogląd o własnej niekompetencji *może* być niezgodny z rzeczywistością, mimo że wydaje się tak prawdziwy?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: No cóż, rozumiem na poziomie intelektualnym, ale nadal *czuję* się niekompetentna.

TERAPEUTKA: Jest to dość częste. W ciągu kilku następnych tygodni będziemy weryfikować prawdziwość tego poglądu. A potem popracujemy nad tym, aby bardziej racjonalna, intelektualna część pani umysłu przemówiła do części emocjonalnej. Dobrze?

PACJENTKA: Zgoda.

Ewentualnie mogłam narysować schemat ze strony 36, wydobyć od Sally te same przykłady pozytywnych i negatywnych danych oraz zapytać ją, czy jej zdaniem schemat ten adekwatnie pokazuje sposób, w jaki przetwarza ona informacje. Następnie spytałabym ją: „Jeśli to prawda, że kładzie pani nadmierny nacisk na negatywne dane oraz ignoruje lub lekceważy pozytywne, czy rozumie pani, w jaki sposób pani pogląd, że jest pani niekompetentna, mógł się stawać coraz silniejszy z każdą mijającą godziną, każdym dniem, tygodniem i miesiącem – mimo że mógł nie być zgodny z prawdą całkowicie lub częściowo?

Istotną pomocą w pracy nad przekonaniami kluczowymi może być biblioterapia. Na tym etapie terapii zaleca się dwie publikacje: *Prisoners of Belief* (McKay, Fanning, 1991) oraz *Reinventing Your Life* (Young, Klosko, 1994).

SFORMUŁOWANIE NOWEGO PRZEKONANIA KLUCZOWEGO

Wielu pacjentów z depresją wyznawało inne przekonanie kluczowe – bardziej pozytywny, bliższy rzeczywistości i funkcjonalny pogląd na temat siebie – przed początkiem ich zaburzenia z osi I. Mogą oni z łatwością rozpoznać to przekonanie.

TERAPEUTKA: Zanim pani popadła w depresję, powiedzmy rok temu, jak pani postrzegała siebie? Czy myślała pani, że nie da się pani lubić?

PACJENTKA: Nie. To znaczy nie wszyscy mnie lubili, ale zasadniczo uważałam, że jestem dobrą osobą. Ludzie mnie lubili.

TERAPEUTKA: A zatem wyznawała pani przekonanie: „Da się mnie lubić"?

PACJENTKA: Tak.

Kiedy pacjent nie potrafi wyrazić swego wcześniejszego poglądu, terapeuta w myślach formułuje nowe, bardziej realistyczne i funkcjonalne przekonanie oraz naprowadza pacjenta na nie. Ogólnie biorąc,

pacjentowi łatwiej jest przyjąć przekonanie względnie pozytywne niż jego skrajnie optymistyczną wersję.

Na przykład:

Dawne przekonanie kluczowe	Nowe przekonanie kluczowe
(Zupełnie) nie da się mnie kochać.	Ogólnie biorąc, da się mnie lubić.
Jestem zły.	Jestem w porządku.
Jestem bezsilny.	Nad wieloma rzeczami panuję.
Jestem ułomny.	Jestem normalny, mam swoje wady i zalety.

TERAPEUTKA: Rozmawiałyśmy o przekonaniu kluczowym: „Jestem niekompetentna". Jakie mogłoby być przekonanie bardziej adekwatne z intelektualnego punktu widzenia?

PACJENTKA: Jestem kompetentna?

TERAPEUTKA: Dobrze. Możemy też popracować nad nowym przekonaniem, które łatwiej będzie pani przyjąć, na przykład: „Pod wieloma względami jestem kompetentna, ale przecież jestem tylko człowiekiem". Które bardziej pani odpowiada?

PACJENTKA: To drugie.

UTRWALANIE NOWYCH PRZEKONAŃ KLUCZOWYCH

Terapeuta będzie utrwalał nowe przekonania kluczowe na dwa główne sposoby. Po pierwsze, od początku terapii, jak opisano na stronach 29–30, terapeuta powoli wydobywa pozytywne dane od pacjenta za pomocą pytań, a także zwraca mu uwagę na pozytywne dane – zwłaszcza jeśli stoją one w sprzeczności ze starym, negatywnym przekonaniem kluczowym, potwierdzają zaś nowe przekonanie, które jest bliższe rzeczywistości. Po drugie, podczas pracy ukierunkowanej specjalnie na utrwalanie nowego przekonania kluczowego terapeuta prosi pacjenta o przeanalizowanie swoich doświadczeń w nowy sposób, tak aby nauczył się samodzielnie rozpoznawać pozytywne dane.

Zadanie wydobywania i wskazywania pozytywnych danych wykonałam w terapii Sally na kilka sposobów. Na przykład:

- Podczas spotkania diagnostycznego zapytałam Sally, jakie są jej mocne strony.
- Później, ilekroć było to właściwe, pytałam ją, czy pewne dane wskazują na inne mocne strony. („A zatem zrobiła pani wszyst-

Scanned by CamScanner

kie te rzeczy: sporządziła pani listę wszystkich zadań na ten tydzień i określiła, kiedy je pani wykona i jakich zasobów będzie pani potrzebować. Czy zdolności organizacyjne są pani mocną stroną?").

- Podczas pierwszej części sesji zapytałam Sally o jej pozytywne doświadczenia („Jakie pozytywne rzeczy wydarzyły się od naszego ostatniego spotkania?"). Napisanie pracy semestralnej, w miarę dobre zdanie egzaminu, asertywne zachowanie w stosunku do współlokatorki, wybranie zajęć w przyszłym semestrze, zapisanie się na kurs samoobrony, żeby wymienić tylko kilka przykładów – wszystkie te doświadczenia dostarczyły danych – które wtedy i później uwypukliłam – potwierdzających jej nowe przekonanie kluczowe.
- Zaproponowałam, aby Sally prowadziła listę zasług (strona 295).
- Stale pytałam Sally o pozytywne dowody przemawiające za tym, że jej przekonania nie są zgodne z prawdą – w całości lub w części.
- Pytałam o jej styl wyjaśniania pozytywnych zachowań („Jak świadczy o pani fakt, że to właśnie pani wystąpiła z inicjatywą segregacji śmieci?").
- Udzieliłam jej informacji zwrotnych na temat jej osiągnięć i pozytywnych cech („Wydaje się, że zrobiła pani wspaniałą rzecz, organizując spotkanie mieszkańców akademika").

W ramach drugiej strategii terapeuta pomaga pacjentowi w przyjęciu innego punktu widzenia na swoje doświadczenia. W tym celu pacjent ma się zastanowić, jakie jego działania lub jakie zdarzenia mogłyby przemawiać na rzecz nowego przekonania kluczowego („Czy może pani w przyszłym tygodniu odnotowywać wszystkie rzeczy, które świadczą o tym, że jest pani kompetentna?"). Jeśli pacjent ma trudności z tym zadaniem, terapeuta może je zmodyfikować („Czy mogłaby pani udawać, że w tym tygodniu wszędzie za panią chodzę? Proszę zwrócić uwagę na te sytuacje, kiedy pani zdaniem powiedziałabym «To świadczy o pani kompetencji», albo mogłaby pani zwrócić uwagę, jakie rzeczy, które robi pani współlokatorka, świadczą o *jej* kompetencji – a następnie zobaczyć, czy robi pani to samo?").

Większość pacjentów potrzebuje wizualnej lub dźwiękowej wskazówki, aby pamiętać o poszukiwaniu pozytywnych danych w ciągu dnia, na przykład mogą nosić gumkę na nadgarstku, naklejać samoprzylepne karteczki, wpisać sobie wyskakujące przypomnienia w komputerze lub smartfonie bądź też ustawić sobie alarm w telefonie komórkowym, aby co jakiś czas dzwonił. Terapeuta powinien zachęcić pacjenta do odnotowywania w jakiś sposób tych danych, gdyż w innym razie może łatwo je zapomnieć. Pomocą może być tutaj karta przekonania kluczowego (rycina 14.3).

Wreszcie ważne jest, aby śledzić, jak mocno pacjent wierzy w swoje przekonanie kluczowe, zarówno na poziomie intelektualnym, jak i emocjonalnym. Terapeuta będzie wydobywał od pacjenta przykłady, kiedy siła jego przekonania była stosunkowo wysoka, i wzmacniał jego interpretację, a także będzie pomagał mu w przeformułowaniu znaczenia doświadczeń, kiedy jego przekonanie było względnie słabe.

MODYFIKOWANIE NEGATYWNYCH PRZEKONAŃ KLUCZOWYCH

Aby pomóc pacjentowi w zmianie jego negatywnego przekonania kluczowego, terapeuta zastosuje wiele technik opisanych w poprzednim rozdziale oraz inne, które przedstawiono niżej (zob. rycina 14.2). Przekonania kluczowe zazwyczaj zmieniają się najpierw na poziomie intelektualnym, zwłaszcza kiedy terapeuta zastosuje techniki działające na tym poziomie. W celu zmiany przekonań kluczowych pacjenta na poziomie emocjonalnym potrzebne może być użycie technik działających na tym poziomie.

KARTA PRZEKONANIA KLUCZOWEGO

Po rozpoznaniu dawnego przekonania i sformułowaniu nowego terapeuta może wprowadzić kartę przekonania kluczowego (zob. rycina 14.3) lub narysować zmodyfikowaną kartę.

Pacjent wypełnia kartę w czasie sesji i w ramach pracy osobistej, obserwując działanie swoich przekonań i przeformułowując dowody, które wydawały się potwierdzać stare przekonanie.

Dotychczas opisane	Dodatkowe
Dialog sokratejski	Karta przekonania kluczowego
Analiza wad i zalet	Skrajne przykłady
Intelektualno-emocjonalne odgrywanie ról	Historyjki i metafory
Zachowanie „jak gdyby"	Badanie genezy
Eksperymenty behawioralne	Restrukturyzacja wspomnień
Kontinuum poznawcze	Karty radzenia sobie
Dzielenie się własnymi doświadczeniami	

Rycina 14.2. Techniki modyfikowania przekonań kluczowych

Scanned by CamScanner

Dowody potwierdzające nowe przekonanie kluczowe: „Jestem kompetentna, ale przecież jestem człowiekiem".	**Dowody potwierdzające stare przekonanie kluczowe: „Jestem niekompetentna" wraz z przeformułowaniem.**
Dobrze napisałam esej z literatury. Zadałam pytanie na zajęciach ze statystyki. Wiem, jak wypełnić tę kartę. Podjęłam decyzje dotyczące przyszłego roku. Załatwiłam zmianę telefonu, rachunków bankowych, ubezpieczenia itp. Zgromadziłam wszystkie źródła do pracy z ekonomii. Zrozumiałam większość materiału z rozdziału 6 z podręcznika do statystyki. Wytłumaczyłam koledze z akademika kilka zagadnień ze statystyki.	Nie zrozumiałam pewnego zagadnienia z ekonomii, ALE jeszcze o nim nie czytałam, więc pewnie zrozumiem je później. W najgorszym wypadku jest to niekompetencja pod *jakimś* względem, ale być może to wykładowca nie wyjaśnił tego zagadnienia wystarczająco dobrze. Nie zwróciłam się o pomoc do opiekuna naukowego, ALE to nie znaczy, że jestem niekompetentna. Bałam się pójść, ponieważ myślę, że sama powinnam sobie z tym poradzić, a on mógłby pomyśleć, że jestem nieprzygotowana. Dostałam czwórkę z eseju z literatury, ALE to przecież niezła ocena. Gdybym naprawdę była niekompetentna, nie dostałabym się na studia.

Rycina 14.3. Karta przekonania kluczowego Sally. Źródło: *Cognitive behavior therapy worksheet packet*. Copyright 2011 by Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

TERAPEUTKA: Pokażę pani kartę przekonania kluczowego, która umożliwia zorganizowaną pracę nad przekonaniami. Chciałabym, abyśmy miały tę kartę przed sobą w czasie naszych sesji, żeby się przekonać, czy temat, który omawiamy, odnosi się do kompetencji.

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Potrzeba czasu i ćwiczeń, żeby nauczyć się wypełniania tej karty, tak samo jak są one potrzebne do sprawnego wypełniania zapisu myśli. W porządku?

PACJENTKA: Oczywiście.

TERAPEUTKA: Świetnie. Czy możemy zacząć od strony prawej? Od argumentów potwierdzających, że jest pani niekompetentna?

PACJENTKA: Jasne.

TERAPEUTKA: W porządku. Proszę pomyśleć o tym, co robiła pani *dzisiaj*. Jakie ma pani dowody, że jest pani niekompetentna?

PACJENTKA: Na przykład nie zrozumiałam czegoś, co mój profesor z ekonomii przedstawił dzisiaj na zajęciach.

TERAPEUTKA: W porządku. Proszę to zanotować po prawej stronie, a następnie po przecinku napisać dużymi literami ALE... Zastanówmy się teraz, czy może być jakieś inne wytłumaczenie tego faktu *poza tym*, że jest pani niekompetentna.

PACJENTKA: No cóż, mówił na ten temat po raz pierwszy. I nie było o tym nic w lekturach.

TERAPEUTKA: Dobrze. Czy zrozumiałaby pani to zagadnienie, gdyby profesor ponownie je omówił, gdyby coś pani na ten temat przeczytała lub poprosiła kogoś o wyjaśnienie?

PACJENTKA: Prawdopodobnie tak.

TERAPEUTKA: W porządku. Teraz po „ALE" zapisze pani to, co nazywamy „przeformułowaniem" – czyli inną, bardziej konstruktywną interpretację tego dowodu. Co mogłaby pani tutaj zanotować?

PACJENTKA: Mogłabym pewnie napisać: „Ale jeszcze o nim nie czytałam i pewnie zrozumiem je później".

TERAPEUTKA: W porządku, proszę to zapisać... Zobaczmy teraz, czy uda nam się wzmocnić to przeformułowanie. Czy zgodziłaby się pani, że niezrozumienie pewnego zagadnienia w najgorszym razie świadczy o niekompetencji pod *jakimś* względem, a nie o tym, że ktoś jest zupełnie do niczego jako człowiek?

PACJENTKA: Tak, to prawda.

TERAPEUTKA: Czy jest możliwe, że *wiele* kompetentnych osób może nie rozumieć pewnych zagadnień za pierwszym razem?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Zastanawiam się, czy w tym przypadku nie była to tak naprawdę niekompetencja *profesora*, ponieważ gdyby lepiej wyjaśnił tę kwestię, mogłaby pani ją zrozumieć.

PACJENTKA: To możliwe.

TERAPEUTKA: Proszę się przez chwilę zastanowić, czy nie chce pani jeszcze czegoś dodać... W porządku, spójrzmy teraz na lewą stronę. Jakie ma pani dowody z *dzisiejszego dnia*, które świadczą o tym, że pod wieloma względami *jest* pani kompetentna? Ostrzegam, że to może być trudne, jeśli ma pani włączony filtr.

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: No cóż, pracowałam nad esejem z literatury.

TERAPEUTKA: Dobrze. Proszę to zanotować. Co jeszcze?

PACJENTKA: Zadałam pytanie na zajęciach ze statystyki.

TERAPEUTKA: Naprawdę? Dobrze. Co jeszcze?

PACJENTKA: (*nie odpowiada*).

TERAPEUTKA: A co z faktem, że chyba wie pani, jak wypełniać tę kartę?

PACJENTKA: To też.

TERAPEUTKA: A może w ramach pracy osobistej mogłaby pani codziennie uzupełniać tę kartę? Jak pani widzi, najłatwiej będzie zacząć od pierwszej części prawej strony. Część druga i lewa strona pewnie sprawią więcej kłopotu.

PACJENTKA: Rozumiem.

TERAPEUTKA: Proszę zrobić tyle, ile pani da radę. Być może będziemy musiały razem dokonać przeformułowania i poszukać pozytywnych dowodów. Dam pani jednak wskazówkę. Jeśli będzie pani mieć problem z tymi dwiema częściami, proszę sobie wyobrazić, że ktoś inny – na przykład koleżanka z pokoju – zrobił w danym dniu dokładnie to, co pani, i spróbować ocenić jego działania. Dobrze?

PACJENTKA: Jasne.

TERAPEUTKA: Czy coś może pani przeszkodzić w wykonaniu tego zadania w tym tygodniu?

PACJENTKA: Nie sądzę. Spróbuję to zrobić.

TERAPEUTKA: Dobrze.

Gdyby Sally miała trudności z rozpoznaniem pozytywnych danych w trakcie sesji, mogłabym przełożyć to zadanie, wypróbowując najpierw różne techniki, żeby pomóc jej w skutecznym wydobyciu pozycji, które mogłaby zapisać po lewej stronie. Na przykład mogłabym użyć techniki skrajnych przykładów:

TERAPEUTKA: A co z faktem, że poradziła sobie pani z biurokracją studenckiej służby zdrowia i udało się pani szybko dostać na terapię? Czy nie należałoby zapisać tego po lewej stronie?

PACJENTKA: Nie wiem. Byłam na skraju szaleństwa. To było łatwe.

TERAPEUTKA: Zaraz, zaraz... Gdyby *nie* zachowała się pani asertywnie, czy nie zapisałaby pani tego z prawej strony jako dowodu własnej niekompetencji?

PACJENTKA: Pewnie tak.

TERAPEUTKA: Proszę więc pomyśleć o tym w taki sposób: wszystko, za co by pani siebie skrytykowała lub umieściła po prawej stronie, gdyby tego *nie* zrobiła, prawdopodobnie należy do lewej strony.

Aby ułatwić pacjentowi rozpoznanie pozytywnych danych, które można wpisać w lewej kolumnie karty, można poprosić go także o:

1. Zastanowienie się nad danymi, które jego zdaniem byłyby pozytywnym dowodem w przypadku *innej* osoby: „Czy przychodzi pani na myśl ktoś inny, kogo uznałaby pani za osobę kompetentną pod wieloma względami? Kto to mógłby być? Czy zrobiła *pani* dzisiaj coś, co uznałaby pani za oznakę kompetencji, gdyby zrobiła to ta osoba?".
2. Wskazanie innej osoby, która powiedziałaby, że dane te są dowodem świadczącym na korzyść pacjenta: „Kto zna panią na tyle dobrze, że ufa pani jego opiniom? Jakie dzisiejsze pani zachowanie, według tej osoby, świadczyłoby o pani kompetencji?" albo „Jak pani sądzi, jakie dzisiejsze pani zachowanie uznałabym za dowód pani kompetencji?".
3. Zastanowienie się, czy odrzuciłby określony pozytywny dowód, gdyby porównał to, co zrobił, z hipotetycznym przykładem *negatywnym*: „Nie jest pani przekonana, że napisanie eseju jest oznaką kompetencji. A czy *naprawdę* niekompetentna osoba potrafiłaby go napisać? Czy prawdziwie niekompetentna osoba dotarłaby tam, dokąd pani doszła?".
4. Ocenę siły swoich przekonań na poziomie intelektualnym i emocjonalnym na początku każdej sesji, przed ustaleniem jej programu. Terapeuta może wówczas zapytać: „Co się działo wtedy, kiedy była pani w *najmniejszym* stopniu przekonana o własnej niekompetencji lub w największym stopniu o własnej kompetencji? Czy powinnyśmy dopisać to do programu sesji?". Omówienie tych (bardziej pozytywnych) sytuacji daje okazję do zebrania lub utrwalenia dowodów należących do lewej strony.

Terapeuta może też korzystać z różnych okazji podczas sesji i pytać pacjenta, czy kartę przekonania kluczowego można zastosować do omawianego tematu.

TERAPEUTKA: Czy mogłaby pani podsumować to, o czym właśnie rozmawiałyśmy?

PACJENTKA: No cóż, byłam dość przygnębiona, bo nie dostałam wymarzonej pracy na lato. Inni pewnie byliby rozczarowani, ale ja wpadłam w depresję, ponieważ myślałam, że świadczy to o mojej niekompetencji.

TERAPEUTKA: Dobrze. Czy widzi pani, w jaki sposób odnosi się to do karty przekonania kluczowego?

PACJENTKA: Tak. To ten sam pogląd.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Gdzie można go zanotować na karcie?

PACJENTKA: Chyba z *prawej strony*... Nie dostałam pracy asystentki... Ale to nie znaczy, że jestem zupełnie niekompetentna. Wiele osób złożyło podania, niektórzy mieli większe doświadczenie.

Wykorzystywanie skrajnych przykładów do modyfikowania kluczowych przekonań

Czasami pacjentom pomaga porównanie się z istniejącą lub wyobrażoną osobą, która stanowi negatywny, skrajny przykład cechy związanej z ich przekonaniem kluczowym. Terapeuta proponuje, aby pacjent wyobraził sobie osobę, do której łatwo będzie mu się odnieść. (Technika ta przypomina kontinuum poznawcze opisane w rozdziale 13).

TERAPEUTKA: Ciekawe, czy zna pani jakiegoś studenta, który naprawdę *jest* niekompetentny lub przynajmniej niekompetentnie *się zachowuje*.

PACJENTKA: Hmm... W akademiku mieszka chłopak, który chyba nigdy nie przychodzi na zajęcia ani się nie uczy. Przez cały czas tylko imprezuje. Pewnie wszystko oblewa.

TERAPEUTKA: Dobrze. W porównaniu z nim, jak bardzo jest pani niekompetentna?

PACJENTKA: (*milczy przez chwilę*) Nie bardzo.

TERAPEUTKA: Gdyby naprawdę była pani całkowicie niekompetentna, to co robiłaby pani inaczej niż teraz?

PACJENTKA: Pewnie nie chodziłabym na zajęcia, przez cały czas bym leniuchowała... nie zarabiałabym na siebie... nie robiłabym nic wartościowego... nie miałabym przyjaciół...

TERAPEUTKA: Jak blisko jest pani takiego stanu?

PACJENTKA: Chyba wcale.

TERAPEUTKA: Czy zatem określanie siebie mianem osoby niekompetentnej odpowiada rzeczywistości?

PACJENTKA: Raczej nie.

Używanie historyjek, filmów i metafor

Terapeuta może pomóc pacjentowi w ukształtowaniu innego poglądu na temat siebie, zachęcając go do zastanowienia się nad swoją opinią na temat bohaterów lub ludzi, którzy wyznają to samo negatywne przekonanie kluczowe. Sugestywne przykłady nieprawomocności silnych przekonań kluczowych innych osób mogą uzmysłowić pacjentowi, że on także może mieć bardzo silne przekonanie kluczowe, które nie jest zgodne z rzeczywistością.

Pewna pacjentka uważała, że musi być złym człowiekiem, ponieważ w okresach dzieciństwa i dorosłości jej matka znęcała się nad nią fizycznie i emocjonalnie, często mówiąc jej, że jest zła. Pomogło jej zastanowienie się nad bajką o Kopciuszku, w której zła macocha źle traktuje dziewczynkę i nie ma w tym winy dziecka.

Badanie genezy przekonania kluczowego

Gdy przekonanie kluczowe pacjenta ma swoje źródło w jego wczesnych doświadczeniach, warto poprosić go o przeanalizowanie genezy wybranego przekonania oraz procesu jego utrwalania się w czasie (Young, 1990). Pacjent ma wyszukać i przeformułować dowody, które wydawały się potwierdzać określone przekonanie kluczowe od najmłodszych lat, a także odkryć dowody podważające jego prawdziwość. (Do zebrania danych można wykorzystać kartę przekonania kluczowego). Zazwyczaj procedurę tę wdraża się wówczas, gdy pacjent obserwował już działanie swego przekonania kluczowego w *czasie teraźniejszym* i rozpoczął proces jego modyfikowania. Terapeuta najpierw przedstawia uzasadnienie:

TERAPEUTKA: Chciałabym się dowiedzieć, jakie są źródła pani przekonania o własnej niekompetencji.

PACJENTKA: Zgoda.

TERAPEUTKA: Wyciągnijmy kartę przekonania kluczowego. Czy pamięta pani coś z dzieciństwa, co kazało pani wówczas wierzyć, że jest pani niekompetentna? Na przykład przed pójściem do szkoły podstawowej?

PACJENTKA: Pamiętam przedszkole. Przypominam sobie, że zajmowałam się jakąś układanką i opiekunka nakrzyczała na mnie. Płakałam...

TERAPEUTKA: Nie potrafiła pani szybko jej ułożyć?

PACJENTKA: Tak, coś w tym rodzaju.

TERAPEUTKA: I czuła się pani niekompetentna?

PACJENTKA: Mhm.

TERAPEUTKA: W porządku, proszę to zapisać w prawej kolumnie. Przeformułowanie dodamy później. Co jeszcze?

PACJENTKA: Pamiętam z tego okresu, jak pojechaliśmy z rodziną do parku stanowego. Wszyscy inni potrafili jeździć na rowerach, a ja nie mogłam nadążyć. Zostałam daleko w tyle.

Scanned by CamScanner

W czasie sesji lub w ramach pracy osobistej pacjent kontynuuje ten pierwszy krok: rejestruje wspomnienia, które mogły się przyczynić do powstania lub podtrzymania przekonania kluczowego. Może się zastanowić nad okresem przedszkolnym, szkołą podstawową i średnią, okresem studiów, trzecią dekadą swego życia i kolejnymi. Drugi krok badania genezy polega na wyszukiwaniu i zapisywaniu dowodów, które potwierdzają nowe, pozytywne przekonanie dla każdego okresu życia. Po przywołaniu bardziej pozytywnych wspomnień pacjent może przejść do kroku trzeciego: przeformułowania wszystkich negatywnych dowodów. Na koniec, w czwartym kroku, pacjent podsumowuje każdy okres. Na przykład:

> *Szkoła średnia* – wiele rzeczy robiłam dobrze, uprawiałam z powodzeniem różne dyscypliny sportu, wywiązywałam się z wielu obowiązków w domu i dawałam sobie radę z nauką. To prawda, że nie miałam samych piątek, nie wszystko wychodziło mi najlepiej i czasami *czułam* się niekompetentna, ale na ogół byłam kompetentna.

Restrukturyzacja wczesnych wspomnień

W przypadku wielu pacjentów z zaburzeniami z osi I do zmiany przekonania kluczowego wystarczą omówione już techniki „intelektualne", o ile są one stosowane w obecności emocji (tzn. przekonanie kluczowe zostało już uruchomione i pacjent przeżywa negatywny afekt). W terapii innych osób jest także wskazane wykorzystanie specjalnych technik „emocjonalnych" lub doświadczeniowych, które pozwalają na wzbudzenie emocji u pacjenta. Jedna z takich metod opiera się na odgrywaniu ról i ponownym odtworzeniu jakiegoś zdarzenia. Dzięki temu pacjentowi łatwiej ponownie zinterpretować wczesne, traumatyczne przeżycia. W poniższej rozmowie terapeuta pomagam pacjentce zrestrukturyzować znaczenie wcześniejszego zdarzenia mającego związek z obecną przygnębiającą sytuacją.

TERAPEUTKA: Wygląda pani dzisiaj na przygnębioną.

PACJENTKA: Tak (*płacze*). Szef wezwał mnie dzisiaj po południu i powiedział, że zrobiłam kilka literówek w e-mailu, który wysłałam do niego, że muszę być bardziej staranna i lepiej sprawdzać moje e-maile.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani wówczas do głowy?

PACJENTKA: Jestem straszną sekretarką. Niczego nie potrafię zrobić dobrze.

TERAPEUTKA: Co pani czuje?

PACJENTKA: [wyraża swoją emocję] Smutek. Prawdziwy smutek. [wyraża swoje przekonanie kluczowe] No i czuję, że jestem niekompetentna.

TERAPEUTKA: W sprawdzaniu e-maili czy w ogóle?

PACJENTKA: W ogóle, jestem całkowicie niekompetentna.

TERAPEUTKA: [wzmaga jej emocję, aby ułatwić wydobywanie wspomnień] Czy czuje pani smutek i niekompetencję gdzieś w ciele?

PACJENTKA: Za oczami. I ramiona mam ciężkie.

Zamiast skupiać się na tej obecnej sytuacji, wydobywam od pacjentki podobne doświadczenie z okresu dzieciństwa. Najpierw rozmawiamy o tym na poziomie intelektualnym.

TERAPEUTKA: Kiedy poczuła się tak pani po raz pierwszy w dzieciństwie?

PACJENTKA: (*pauza*) Miałam wtedy sześć lat. Byłam w pierwszej klasie. Pamiętam, że przyniosłam do domu świadectwo. Trochę się bałam, bo nie miałam samych dobrych ocen. Tata nic nie powiedział, ale mama się wściekła.

TERAPEUTKA: Co powiedziała?

PACJENTKA: Krzyknęła: „Annie, co ja mam z tobą począć! Cóż to za świadectwo?!".

TERAPEUTKA: Co pani odpowiedziała?

PACJENTKA: Chyba nic. Mama ciągle powtarzała: „Nie wiesz, co się stanie, jeśli nie zaczniesz dostawać dobrych stopni? Twój brat zawsze tak dobrze się uczył. Dlaczego ty nie możesz? Wstyd mi za ciebie. Co z ciebie wyrośnie?".

TERAPEUTKA: [wyraża empatię] Musiała pani czuć się bardzo źle.

PACJENTKA: Bardzo.

TERAPEUTKA: Czy pani zdaniem mama zachowała się rozsądnie?

PACJENTKA: (*myśli*) Nie... chyba nie.

TERAPEUTKA: No cóż, czy powiedziałaby to pani kiedyś swojemu dziecku?

PACJENTKA: Nie. Nigdy bym tego nie powiedziała.

TERAPEUTKA: Co by *pani* powiedziała, gdyby sześcioletnia córka przyniosła takie świadectwo?

PACJENTKA: Hmm... Chyba powiedziałabym to co ojciec: „Nie szkodzi. Nie martw się. Ja też nie byłem najlepszym uczniem i wcale nie miało to znaczenia".

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Podobają mi się te słowa. Jak pani sądzi, dlaczego mama tak nie powiedziała?

PACJENTKA: Nie jestem pewna...

TERAPEUTKA: Z tego, co pani wcześniej mówiła, wynika, że być może bała się, iż ludzie mogą patrzeć na nią z góry, jeśli jej dzieci nie będą dobrze sobie radzić. Ciekawe, czy mogło tak być?

PACJENTKA: To może być prawda. W rozmowach z koleżankami ciągle chwaliła się moim bratem. Myślę, że zawsze chciała dorównać Jonesonom.

Następnie skłaniam pacjentkę do zaangażowania się w uczenie się oparte na doświadczaniu.

TERAPEUTKA: W porządku. Może odegramy tę sytuację? Ja będę panią w wieku sześciu lat, a pani odegra rolę matki. Proszę starać się patrzeć na tę sytuację z jej punktu widzenia. Ja zacznę... Mamo, przyniosłam świadectwo.

PACJENTKA: Annie, wstyd mi za ciebie. Tylko spójrz na te oceny. Co mam z tobą zrobić?

TERAPEUTKA: Mamo, mam tylko sześć lat. Nie mam tak dobrych stopni jak Robert, ale nie są przecież złe.

PACJENTKA: Nie wiesz, co się stanie, jak nie będziesz dobrze się uczyć? Nigdy do niczego nie dojdziesz.

TERAPEUTKA: To głupie, mamo. Mam tylko sześć lat.

PACJENTKA: Ale za rok będziesz mieć siedem, a potem osiem...

TERAPEUTKA: Mamo, przecież nie mam aż tak złych ocen. Dlaczego robisz z tego taką aferę? Przez ciebie czuję się zupełnie do niczego. Czy to chcesz osiągnąć?

PACJENTKA: Oczywiście, że nie. Nie chcę, żebyś tak myślała. To nieprawda. Po prostu chcę, żebyś się lepiej uczyła.

Następnie pomagam pacjentce wyciągnąć inny wniosek z tego doświadczenia:

TERAPEUTKA: Dobrze, wychodzimy z roli. I co pani teraz sądzi o tej sytuacji?

PACJENTKA: Tak naprawdę nie byłam niekompetentna. Poszło mi nie najgorzej. Mama pewnie była tak surowa, bo nie chciała, żeby to *ją* krytykowano.

TERAPEUTKA: W jakim stopniu jest pani o tym przekonana?

PACJENTKA: Myślę, że jestem o tym przekonana.

TERAPEUTKA: Może odegramy tę sytuację jeszcze raz, ale tym razem zamienimy się rolami? Zobaczymy, jak teraz sześcioletnia Annie odpowie swojej mamie.

Po odegraniu drugiej scenki pytam Annie, czego się nauczyła i w jaki sposób odnosi się to do sytuacji, która wywołała w niej przygnębienie w tym tygodniu (krytyka ze strony szefa).

Inna technika polega na wykorzystaniu wyobrażeń do restrukturyzacji wczesnych wspomnień przy pobudzeniu emocjonalnym (J.S. Beck, 2005; Edwards, 1989; Layden, Newman, Freeman i Morse, 1993; Smucker i Dancu, 1999; Young, Klosko i Weishaar, 2006). Tę wywodzącą się z psychologii Gestalt technikę przystosowano specjalnie do zmiany przekonań kluczowych. Częściej używa się jej w pracy z pacjentami z zaburzeniami osobowości niż u pacjentów z zaburzeniami z osi I. W przedstawionym niżej przykładzie klinicznym pomagam pacjentce w ponownym przeżyciu przygnębiającego zdarzenia z wczesnego dzieciństwa, które najprawdopodobniej dało początek lub utrwaliło określone przekonanie kluczowe. Wykonuję po kolei następujące kroki:

1. Rozpoznaję konkretną sytuację, która w danym momencie wywołuje u pacjenta przygnębienie lub niepokój i wydaje się powiązana z istotnym przekonaniem kluczowym.
2. Wzmagam emocje u pacjenta, skupiając się na automatycznych myślach, emocjach i doznaniach somatycznych powiązanych z tą sytuacją.
3. Pomagam pacjentowi w rozpoznaniu i powtórnym przeżyciu istotnych wydarzeń z wczesnego dzieciństwa.
4. Rozmawiam z „młodszą" częścią pacjenta, aby rozpoznać automatyczne myśli, emocje i przekonania.
5. Pomagam pacjentowi inaczej zrozumieć omawiane doświadczenie za pomocą sterowanych wyobrażeń, dialogu sokratejskiego oraz odgrywania ról.

W poniższej rozmowie Annie opowiada o nieprzyjemnym przeżyciu z poprzedniego dnia, kiedy została skrytykowana przez kobietę z kółka kościelnego, z którą pracowała nad organizacją zbiórki pieniędzy.

TERAPEUTKA: Czy może sobie pani wyobrazić tę scenę jeszcze raz, jak gdyby zdarzyła się teraz? Siedzicie przy stole... [proszę Annie o wyobrażenie sobie i opisanie przykrej sytuacji w czasie teraźniejszym].

PACJENTKA: Peggy mówi: „Annie, musisz jeszcze raz pójść do tych sklepów i porozmawiać z kierownikami lub właścicielami o datkach – sprzedawcy nie mają nic do powiedzenia". A ja czuję się taka przygnębiona,

Scanned by CamScanner

smutna. Myślę: „Wszystkim sprawiam zawód. Nie sprawdzam się. Nic mi nie wychodzi, jak należy".

TERAPEUTKA: Czy teraz czuje pani ten smutek?

PACJENTKA: (*przytakuje*).

TERAPEUTKA: [dopytuje się o jej reakcję fizjologiczną w celu spotęgowania reakcji afektywnej] W jakim miejscu w ciele odczuwa pani ten smutek?

PACJENTKA: Za oczami.

TERAPEUTKA: Gdzieś jeszcze? Gdzie jeszcze czuje pani smutek?

PACJENTKA: W piersiach, w żołądku... Czuję tam ciężar...

TERAPEUTKA: Czy może się pani skupić na uczuciu ciężkości? Czy naprawdę czuje pani ciężar w piersiach i w żołądku? I za oczami?

PACJENTKA: (*przytakuje*).

TERAPEUTKA: W porządku, proszę się skoncentrować na piersiach, żołądku i oczach... (*czeka około dziesięciu sekund*). Czy czuła pani taki ciężar w dzieciństwie? Kiedy po raz *pierwszy* tak się pani poczuła?

W następnej części rozmowy proszę Annie o zrelacjonowanie tego przykrego, istotnego wspomnienia jako obecnego, przygnębiającego przeżycia. Pacjentka opisuje (w czasie przeszłym), jak bardzo krytycznie odnosiła się do niej matka, kiedy w drugiej klasie odrabiała do późna zadanie domowe i jak bardzo czuła się niekompetentna. Następnie proszę Annie, aby znowu zrelacjonowała tę sytuację, tym razem opowiadając mi o niej z punktu widzenia jej młodszego Ja, tak jakby działo się to w chwili obecnej. Przeprowadzam wywiad z „dziecięcą" częścią Annie, nieustannie wzmacniając emocjonalną bezpośredniość jej przeżyć przez używanie czasu teraźniejszego.

TERAPEUTKA: Siedmioletnia Annie, gdzie jesteś?

PACJENTKA: W domu. W kuchni. Odrabiam zadanie domowe.

TERAPEUTKA: Jest trudne?

PACJENTKA: Tak. Nie wiem, jak to zrobić.

TERAPEUTKA: [zadaje pytania służące pogłębieniu przeżywania, emocji i treści poznawczych] Czy widzi pani mamę wchodzącą do kuchni? Jak ona wygląda?

PACJENTKA: Jest wściekła, strasznie wściekła.

TERAPEUTKA: Skąd wiesz?

PACJENTKA: (*ze łzami w oczach*) Ma wykrzywioną i czerwoną twarz.

TERAPEUTKA: I co matka mówi do ciebie?

PACJENTKA: „Idź spać, Annie".

TERAPEUTKA: Proszę kontynuować.

PACJENTKA: „Mamo, nie mogę. Muszę to skończyć".

TERAPEUTKA: Co mówi mama?

PACJENTKA: „Powiedziałam – do łóżka! Co się z tobą dzieje? Ten materiał jest prosty. Jesteś głupia, czy co?" (*szlocha*).

TERAPEUTKA: (*łagodnie*) Siedmioletnia Annie, jak się czujesz?

PACJENTKA: Smutna (*płacze*).

TERAPEUTKA: Bardzo smutna?

PACJENTKA: (*przytakuje*).

TERAPEUTKA: (*delikatnie*) Siedmioletnia Annie, jakie myśli przychodzą ci teraz do głowy?

PACJENTKA: *Jestem* głupia. Niczego nie potrafię zrobić dobrze.

TERAPEUTKA: Jak bardzo jesteś o tym przekonana? (*pokazując rękami*) Trochę? W pewnym stopniu? Całkowicie?

PACJENTKA: Całkowicie.

TERAPEUTKA: Jakie inne myśli przychodzą ci do głowy?

PACJENTKA: Nigdy nie będę umiała zrobić tego, co do mnie należy.

Zwróćmy uwagę, że nasilenie emocji Annie potwierdza, że jest to kluczowy problem. W dalszej części rozmowy pomagam pacjentce w przeinterpretowaniu tego przeżycia.

TERAPEUTKA: Siedmioletnia Annie, chciałabym ci pomóc w spojrzeniu na tę sytuację w inny sposób. Czy będzie w porządku, jeśli namówimy twoje czterdziestopięcioletnie Ja do porozmawiania z tobą?

PACJENTKA: (*przytakuje*).

TERAPEUTKA: W porządku, siedmioletnia Annie, wyobraź sobie, że wraz z mamą do kuchni wchodzi czterdziestopięcioletnia Annie. Gdzie ma stanąć?

PACJENTKA: Chyba przy mnie.

TERAPEUTKA: Blisko?

PACJENTKA: (*przytakuje*).

TERAPEUTKA: Czy chciałabyś, żeby cię objęła?

PACJENTKA: (*przytakuje*).

TERAPEUTKA: Dobrze. Niech starsza Annie porozmawia z siedmioletnią. Niech zapyta dziewczynkę, co się stało.

PACJENTKA: Co się stało?

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Co mówi siedmioletnia Annie?

PACJENTKA: Czuję się taka głupia. Nic mi nie wychodzi.

TERAPEUTKA: Co odpowiada pani starsze Ja?

PACJENTKA: Nie, nie jesteś. To zadanie jest za trudne. To nie twoja wina. Nie jesteś głupia.

TERAPEUTKA: Co mówi siedmioletnia Annie?

PACJENTKA: Ale powinnam umieć to zrobić.

TERAPEUTKA: Niech pani starsze Ja z nią porozmawia.

PACJENTKA: To nieprawda. Nie powinnaś umieć tego zrobić. Nie byłaś na lekcji. Nigdy się tego nie uczyłaś. To wina nauczycielki, że dała ci za trudne zadanie.

TERAPEUTKA: Czy siedmioletnia Annie jej wierzy?

PACJENTKA: Trochę.

TERAPEUTKA: Siedmioletnia Annie, o co chcesz zapytać swoje starsze Ja?

PACJENTKA: Dlaczego wszystko musi być takie trudne? Dlaczego nic mi nie wychodzi?

TERAPEUTKA: I co mówi starsza Annie?

PACJENTKA: Wiele rzeczy ci wychodzi. Niektóre z nich, jak zadania z matematyki, są łatwe, podobnie samodzielne ubieranie się i gra w piłkę nożną...

TERAPEUTKA: Siedmioletnia Annie, co o tym myślisz?

PACJENTKA: Ale nie gram dobrze w piłkę. Robert jest znacznie lepszy.

TERAPEUTKA: Starsza Annie, wyjaśnij jej to.

PACJENTKA: No cóż, Robert gra znacznie lepiej od ciebie. Ale on jest *starszy*. Kiedy był w twoim wieku, potrafił tylko tyle, ile ty. Kiedyś nauczysz się lepiej grać. Musisz poczekać.

TERAPEUTKA: Siedmioletnia Annie, co teraz czujesz?

Kiedy Annie stwierdza, że jej młodsze Ja odczuwa znacznie mniejszy smutek, kończę ćwiczenie (np. „Czy chcesz jeszcze o coś zapytać swoje starsze „ja", siedmioletnia Annie?"). Następnie proszę ją o zapisanie starego przekonania uruchomionego w tym wspomnieniu i nowego przekonania oraz o ocenę, w jakim stopniu jest ona przekonana o prawdziwości każdego z nich na poziomie intelektualnym i emocjonalnym.

Następnie omawiamy aktualny przygnębiający incydent z jej koleżanką Peggy, do którego doszło w czasie spotkania kółka kościelnego, i pomagam Annie w wyciągnięciu bardziej przystosowawczego

i zgodnego z rzeczywistością wniosku. Pod koniec sesji pacjentka jest już tylko w 20% przekonana o swojej niekompetencji i w 70% o swojej kompetencji. Dość mocno wierzy w prawdziwość alternatywnego wyjaśnienia: że wykonana przez nią praca może nie spełniać oczekiwań Peggy, ale to nie znaczy, że jest niekompetentna. Było to jej pierwsze doświadczenie z organizacją zbiórki pieniędzy, a bardziej doświadczeni członkowie kółka nie udzielili jej wystarczających informacji. Nawet jeśli ktoś inny mógł to zrobić lepiej, nie oznacza to, że Annie jest zupełnie niekompetentna jako osoba.

Jak widać, przekonania kluczowe wymagają konsekwentnej i systematycznej pracy. Można korzystać z wielu technik używanych do restrukturyzacji automatycznych myśli i przekonań pośredniczących oraz bardziej wyspecjalizowanych metod ukierunkowanych dokładnie na przekonania kluczowe. Opis dodatkowych strategii modyfikacji przekonań kluczowych można znaleźć w pracach J.S. Beck (2005), Becka i in. (2004) oraz Younga (1999). Typowe przekonania kluczowe u pacjentów z różnymi zaburzeniami osobowości opisano w książce Riso, du Toit, Steina i Younga (2007).

Scanned by CamScanner

ROZDZIAŁ 15

DODATKOWE TECHNIKI POZNAWCZE I BEHAWIORALNE

Wiele technik poznawczych i behawioralnych zostało już omówionych, m.in. dialog sokratejski, eksperymenty behawioralne, intelektualno-emocjonalne odgrywanie ról, karty przekonania kluczowego, wizualizacja oraz wyliczanie wad i zalet przekonań. W tym rozdziale poznamy inne, równie ważne metody, z których wiele ma charakter zarówno poznawczy, jak i behawioralny. Zgodnie z zaleceniami przedstawionymi bardziej szczegółowo w rozdziale 19 terapeuta wybierze techniki zgodnie z ogólną konceptualizacją oraz celami danej sesji. W miarę nabywania wprawy i doskonalenia swego warsztatu terapeutycznego będzie także tworzył własne techniki.

Techniki opisane w niniejszym rozdziale – jak wszystkie metody stosowane w terapii poznawczo-behawioralnej – mają wpłynąć na myśli, zachowania, nastrój i wzbudzenie fizjologiczne pacjenta. Należą do nich m.in. rozwiązywanie problemów, podejmowanie decyzji, ponowne skupianie się na zadaniu, techniki relaksacyjne i oparte na uważności, karty radzenia sobie, stopniowane zadania, ekspozycja, odgrywanie ról, technika wykresu kołowego, autoporównania oraz lista zasług. Dodatkowe techniki opisano w różnych źródłach (Beck i in., 1979; Beck i Emery, 1985; Leahy, 2003; McMullin, 1986).

ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW I TRENING UMIEJĘTNOŚCI SPOŁECZNYCH

Oprócz zaburzeń psychicznych lub w związku z nimi pacjenci mają też problemy w swoim codziennym życiu. Na każdej sesji terapeuta zachęca pacjenta do umieszczenia w programie problemów, z któ-

rymi nadal się zmaga lub których spodziewa się w nadchodzących tygodniach. Zachęca go do wymyślania rozwiązań tych problemów, pytając go, jak radził sobie z podobnymi sprawami w przeszłości lub co mógłby poradzić przyjacielowi lub członkowi rodziny znajdującemu się w podobnej sytuacji. Następnie w razie potrzeby terapeuta przedstawia możliwe rozwiązania. W celu ułatwienia sobie tego zadania może zadać sobie pytanie, jak sam rozwiązał lub rozwiązałby podobny problem.

Niektórym pacjentom brakuje takich umiejętności. Nierzadko potrzebują bezpośrednich wskazówek, jak rozpoznać problem, wymyślić sposoby rozwiązania, wybrać jeden z nich, wdrożyć go oraz ocenić jego skuteczność (zob. np. D'Zurilla i Nezu, 2006). Wielu pacjentów ma także deficyty umiejętności społecznych. Wymagają oni treningu umiejętności w takich sferach jak skuteczne wychowywanie dzieci, staranie się o pracę, gospodarowanie pieniędzmi oraz nawiązywanie i podtrzymywanie relacji interpersonalnych. Trening ten może przeprowadzić terapeuta lub jakiś podmiot zewnętrzny. Pomocne mogą być także poradniki, na przykład poradnik dla pacjenta napisany przez McKaya, Davis i Fanninga (2009) pomaga w rozwijaniu umiejętności komunikacyjnych.

U innych pacjentów umiejętności rozwiązywania problemów i inne są jednak na dobrym poziomie. Potrzebują oni natomiast pomocy przy weryfikowaniu dysfunkcjonalnych przekonań, które przeszkadzają w rozwiązywaniu problemów lub stosowaniu umiejętności, które już mają. Karta rozwiązywania problemów (J.S. Beck, 2011) pomaga pacjentowi w określeniu problemu oraz rozpoznaniu i podważeniu zakłócających treści poznawczych przed omówieniem potencjalnych rozwiązań.

Na przykład Sally miała problemy z koncentracją podczas nauki. Metodą burzy mózgów sformułowałyśmy możliwe rozwiązania. Mogła rozpocząć od najłatwiejszego zadania, przejrzeć notatki z zajęć przed przeczytaniem podręcznika, zapisywać sobie pytania, kiedy nie jest pewna, czy rozumie materiał, oraz co kilka minut robić sobie przerwy i powtarzać w pamięci to, co przeczytała. Wspólnie uzgodniłyśmy, że pacjentka wypróbuje te strategie na zasadzie eksperymentu, żeby sprawdzić, która z nich – jeśli w ogóle któraś – pomaga jej w koncentracji i rozumieniu materiału.

Kilka sesji później Sally zgłosiła inny problem. Zaczęła udzielać korepetycji dziecku chodzącemu do pobliskiej szkoły podstawowej. Choć dziecko chętnie współpracowało, Sally nie była pewna, czy dobrze robi. Na poziomie intelektualnym wiedziała, jak rozwiązać problem; zdawała sobie sprawę, że powinna zgłosić się do agencji koordynującej pracę wolontariuszy lub zwrócić się do nauczyciela dziecka. Przeszkodziło jej w tym jednak przekonanie, że nie powinna prosić nikogo o pomoc. Po zweryfikowaniu jej automatycznych myśli i prze-

Scanned by CamScanner

konań na temat tej konkretnej sytuacji Sally wprowadziła w życie rozwiązanie, które sama wymyśliła.

Kiedy Sally podniosła problem odkładania wszystkiego na później, wykorzystałam metodę dzielenia się własnymi doświadczeniami. Sally unikała zebrania materiałów do pracy, którą miała napisać z jednego z przedmiotów. Powiedziałam jej, że ten krótki czas przed rozpoczęciem zadania, którego unikam, jest dla mnie bardzo nieprzyjemny. Ale gdy już zacznę wykonywać zadanie, moje samopoczucie zawsze się poprawia. Sally zauważyła, że często miała takie samo wrażenie, zaplanowałyśmy więc eksperyment behawioralny, żeby zobaczyć, co się stanie później tego dnia, kiedy Sally zacznie wyszukiwać w internecie materiały do swojej pracy.

Czasami rozwiązanie problemu wymaga wprowadzenia istotnych zmian w życiu. Po starannej ocenie sytuacji terapeuta może zachęcić dręczonego małżonka do szukania schronienia lub podjęcia działań prawnych. Jeśli pacjent jest od dawna niezadowolony ze swojej pracy, można mu pomóc w przeanalizowaniu, jakie są wady i zalety pozostania przy obecnym zajęciu, a jakie ma szukanie nowego. Oczywiście nie wszystkim problemom można zaradzić. W takich wypadkach pacjent może być jednak w stanie zmienić *reakcję* na problemy, modyfikując swoje treści poznawcze. Konieczne może być zaakceptowanie *status quo* i praca nad tym, aby inne aspekty życia uczynić bardziej satysfakcjonującymi.

Niektórzy pacjenci przez długi czas zamartwiają się problemami, których wystąpienie jest bardzo mało prawdopodobne. W takim przypadku terapeuta powinien pomóc pacjentowi w rozróżnieniu problemów mało i bardzo prawdopodobnych oraz rozsądnych i przesadnych środków ostrożności. Należy mu także pomóc w zaakceptowaniu niepewności, rozpoznaniu oraz budowaniu osobistych i zewnętrznych zasobów, a także zwiększeniu poczucia własnej skuteczności, tak aby pacjent miał większą pewność, że w razie faktycznego pojawienia się problemu będzie umiał sobie z nim poradzić (samodzielnie lub z pomocą innych osób).

PODEJMOWANIE DECYZJI

Wielu pacjentów, a w szczególności w depresji, ma problem z podejmowaniem decyzji. Kiedy pacjent zwróci się do terapeuty o pomoc w tej sferze, terapeuta poprosi go sporządzenie listy wad i zalet każdej możliwości, a następnie pomoże mu w opracowaniu metody oceniania każdej opcji i wyciągnięciu wniosku, która z nich wydaje się najlepsza (zob. rycina 15.1).

Zalety pracy

1. Będę zarabiać pieniądze.
2. Może się czegoś nauczę.
3. Odpocznę od tego, co dotychczas robiłam.
4. Poznam innych ludzi.
5. Poczuję się bardziej użyteczna.
6. Zyskam dobry punkt do CV.

Wady pracy

1. Muszę ją znaleźć.
2. Będę miała mniej wolnego czasu.
3. Może mi się nie podobać.

Zalety szkoły letniej

1. Dwie koleżanki też się zapisują.
2. Miałabym zaliczony jeden przedmiot w semestrze zimowym.
3. Miałabym dużo wolnego czasu.
4. Wiem, czego mogę się spodziewać.
5. Mogłabym poznać nowych ludzi.
6. Łatwiej się zapisać do szkoły, niż znaleźć pracę.

Wady szkoły letniej

1. Nie zarabiałabym pieniędzy, a musiałabym zapłacić za szkołę.
2. Nie rozszerzę moich umiejętności.
3. Robiłabym mniej więcej to samo, co w ciągu roku akademickiego.
4. Nie czułabym się aż tak użyteczna.
5. Nie zdobyłabym tak dobrego punktu w CV.

Rycina 15.1. Analiza wad i zalet dokonana przez Sally

TERAPEUTKA: Wspomniała pani, że przyda się pani pomoc w podjęciu decyzji, czy zapisać się do szkoły letniej, czy znaleźć pracę na lato.

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: W porządku (*wyciąga kartkę papieru*). Pokażę pani, jak przeanalizować wady i zalety poszczególnych opcji. Czy już to pani robiła?

PACJENTKA: Nie. Przynajmniej nie na piśmie. Myślałam o niektórych argumentach za i przeciw.

TERAPEUTKA: Dobrze. To pomoże nam zacząć. Przekona się pani, że zapisanie ich ułatwi podjęcie decyzji. Od czego chciałaby pani zacząć? Od szkoły letniej czy pracy?

PACJENTKA: Chyba od pracy.

TERAPEUTKA: Zgoda. Proszę napisać „zalety pracy" po lewej stronie na górze kartki i „wady pracy" po prawej. Na dole „zalety szkoły letniej" i „wady szkoły letniej".

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: (*rysuje tabelę*) Gotowe.

TERAPEUTKA: O czym pani myślała? Czy może pani zapisać jakieś wady i zalety znalezienia pracy? (*Sally zapisuje pomysły, które dotychczas przemyślała; zadaję jej pytania pomocnicze*). A co pani sądzi o tym, że robiłaby pani coś zupełnie nowego i odpoczęła od nauki? Czy to zaleta?

PACJENTKA: Tak (*zapisuje to*).

TERAPEUTKA: Czy praca nie zepsuje pani wakacji?

PACJENTKA: Nie. Podjęłabym tylko tę pracę, która pozwoli mi spędzić ostatnie dwa tygodnie sierpnia z rodziną.

Wraz z Sally kontynuujemy tę procedurę do czasu, gdy rzetelnie i dokładnie odnotuje ona wady i zalety pracy. Powtarzamy ją w odniesieniu do drugiej opcji. Analizowanie wad i zalet szkoły letniej podsuwa Sally pomysły na dodatkowe argumenty dotyczące pracy. Na podobnej zasadzie Sally przegląda także argumenty związane z pracą, aby sprawdzić, czy ich odpowiedniki odnoszą się do szkoły letniej.

Następnie pomagam Sally w ocenie argumentów:

TERAPEUTKA: W porządku. Lista jest już chyba pełna. Teraz musi pani przypisać wagę poszczególnym argumentom. Czy woli pani zakreślić najważniejsze z nich, czy też ocenić ważność każdego na skali od 1 do 10?

PACJENTKA: Chyba zakreślę najważniejsze pozycje.

TERAPEUTKA: Dobrze. Spójrzmy na wady i zalety pracy. Które argumenty są dla pani najważniejsze? (*pacjentka zakreśla wybrane pozycje w kolumnach na rycinie 15.1*). Patrząc jedynie na zakreślone pozycje, co pani myśli?

PACJENTKA: Chciałabym znaleźć pracę, ponieważ gdybym pracowała, zarabiałabym pieniądze, czułabym się użyteczna i dobrze by mi zrobiło oderwanie się od szkoły.

TERAPEUTKA: Może przez parę minut porozmawiamy, jak się zabrać do szukania pracy? Później wrócimy do listy i przekonamy się, czy ta opcja nadal bardziej panią pociąga.

Pod koniec rozmowy chcę się upewnić, że pacjentka skorzysta z tej techniki ponownie:

TERAPEUTKA: Czy uważa pani że było to [procedura wymieniania i oceniania wad i zalet] przydatne? Czy przychodzą pani do głowy jakieś inne ważne decyzje, w których przypadku warto byłoby zrobić to samo? Czy zapamięta pani, jak korzystać z tej techniki?

PONOWNE SKUPIENIE SIĘ NA ZADANIU

Jak opisano w rozdziale 11, często najlepiej jest dla pacjenta, jeśli bezzwłocznie zweryfikuje swoje automatyczne myśli i zmodyfikuje myślenie. W wielu sytuacjach jednak taka strategia jest niewykonalna lub niepożądana i wskazane jest ponowne skupienie się na zadaniu. Technika ta jest przydatna szczególnie wtedy, kiedy bieżące zadanie wymaga koncentracji – trzeba skończyć projekt w pracy, uczestniczyć w rozmowie albo prowadzić samochód. Jest ona użyteczna także wówczas, gdy pacjent ma obsesyjne myśli i racjonalna weryfikacja jest nieskuteczna. Terapeuta nauczy pacjenta, jak nazwać i zaakceptować swoje doświadczenie: „Po prostu mam automatyczne myśli. Mogę zaakceptować fakt, że je mam i źle się z tego powodu czuję, i ponownie skupić się na tym, co robię". Następnie pacjent powinien się powoli skoncentrować na pisaniu raportu, słowach rozmówcy czy drodze przed sobą. Terapeuta powtórzy z nim tę strategię, próbując się dowiedzieć, w jaki sposób dawniej pacjent ponownie skupiał się na zadaniu lub w jaki sposób, jego zdaniem, mógłby to robić w przyszłości.

TERAPEUTKA: W porządku, więc kiedy odczuwa pani lęk na zajęciach, dobrą metodą bywa sformułowanie odpowiedzi na te myśli. Ale czasami lepiej jest po prostu skupić się na tym, co się dzieje w sali. Czy robiła to pani kiedyś? Starała się pani koncentrować na zajęciach?

PACJENTKA: Tak... Chyba tak.

TERAPEUTKA: Co pani wtedy robiła?

PACJENTKA: No cóż, lepiej się czuję, gdy robię dużo notatek.

TERAPEUTKA: Dobrze. W tym tygodniu proszę spróbować *nie* dopuścić do tego, żeby przytłoczyły panią negatywne myśli, lęk czy smutek, albo przez formułowanie odpowiedzi na swoje myśli, albo przez ponowne skupienie się na zajęciach i robienie licznych notatek. Może też pani zastosować obie metody.

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Zapamięta pani, co robić?

Niekiedy pacjent może być zbyt zaniepokojony, żeby ponownie skupić swoją uwagę na zadaniu, lub może nie mieć konkretnego zadania, na którym mógłby się skoncentrować. W takich okolicznościach pomocne może być znalezienie sobie jakiegoś zajęcia, które odwróci jego uwagę. Tak jak w poprzednim wypadku terapeuta powinien zapytać pacjenta o czynności, które w przeszłości się sprawdziły, a następnie – w razie potrzeby – podsunąć mu inne pomysły.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: A zatem naprawdę się pani zdenerwowała raportem, który musi pani napisać?

PACJENTKA: Tak, nie mogłam się skoncentrować. Odczuwałam coraz większy lęk.

TERAPEUTKA: Co pani zrobiła?

PACJENTKA: Zaczęłam chodzić po pokoju.

TERAPEUTKA: Czy to pomogło?

PACJENTKA: Nie bardzo.

TERAPEUTKA: Czy próbowała pani sformułować odpowiedzi na swoje myśli?

PACJENTKA: Przeczytałam notatki z terapii, ale to nie pomogło. Chyba nie wierzyłam w to, co tam napisałam.

TERAPEUTKA: (*robi notatkę*) Później zastanowimy się, dlaczego one pani nie pomogły, ale najpierw chciałabym zapytać, jak długo odczuwała pani lęk.

PACJENTKA: Długo. Nie wiem, może przez kilka godzin. Cały czas podchodziłam do biurka i próbowałam czytać, ale po prostu nie mogłam.

TERAPEUTKA: Czy próbowała pani odwrócić swoją uwagę od lęku?

PACJENTKA: Nie. Ostatecznie postanowiłam nie próbować i po prostu poszłam zjeść kolację.

TERAPEUTKA: Czy kiedykolwiek próbowała pani odwrócić swoją uwagę od nieprzyjemnych emocji lub myśli? Co pani zrobiła?

PACJENTKA: Zazwyczaj włączam telewizor.

TERAPEUTKA: W jakim stopniu to pomaga?

PACJENTKA: Czasami zapominam o problemie i czuję się lepiej, a czasami nie.

TERAPEUTKA: W porządku, jeśli telewizja nie pomaga, to czego jeszcze pani próbuje?

PACJENTKA: Czasami czytam gazetę lub rozwiązuję krzyżówkę, ale to też nie zawsze jest skuteczne.

TERAPEUTKA: Ma pani jeszcze jakieś pomysły?

PACJENTKA: Nie, nie bardzo.

TERAPEUTKA: Może powiem pani, co czasem pomaga innym pacjentom? Może pani wypróbować w tym tygodniu jedną z tych rzeczy na zasadzie eksperymentu. Może to być na przykład pójście na spacer, pobieganie, zadzwonienie lub napisanie e-maila do koleżanki lub kogoś z rodziny, posprzątanie w szafie lub na biurku, zaplanowanie budżetu, wyjście do sklepu spożywczego, odwiedzenie sąsiadki, zagranie w grę wideo, przejrzenie ulubionych stron w internecie... Co pani na to? Chce pani wypróbować którąś z tych rzeczy w tym tygodniu?

PACJENTKA: Tak, mogłabym to zrobić.

TERAPEUTKA: Niektórzy wolą zajęcia uspokajające: długą kąpiel, słuchanie muzyki podnoszącej nastrój, modlitwę. Co pani o tym sądzi? Czy chciałaby pani zanotować kilka możliwości?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Gdy tylko poczuje się pani spokojniejsza, będzie pani mogła lepiej sformułować odpowiedzi na swoje myśli lub po prostu wrócić do tego, co pani robiła. W ostatecznym rozrachunku nie chodzi o to, żeby pani odwracała swoją uwagę od nieprzyjemnych emocji czy myśli, ale na krótką metę może to być pomocne.

Jednocześnie może się okazać, że niektórzy pacjenci za bardzo polegają na metodach odwracania uwagi. Jeśli nie boją się negatywnych emocji, zazwyczaj pomaga rozmowa taka jak poniżej:

TERAPEUTKA: A zatem kiedy czuje pani smutek, stara się pani odepchnąć od siebie złe myśli? Zgadza się?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: I czy te myśli – że na przykład nie potrafi pani czegoś zrobić – na zawsze znikają z pani umysłu?

PACJENTKA: Nie, zazwyczaj powracają.

TERAPEUTKA: Więc tak naprawdę nie pozbywa się ich pani zupełnie z umysłu, lecz tylko odsuwa gdzieś na bok, gdzie tylko czekają na następną okazję, żeby znowu nagle się pojawić i wprowadzić panią w ponury nastrój?

PACJENTKA: Chyba tak właśnie jest.

TERAPEUTKA: Zastanawiam się, czy w tym tygodniu mogłaby pani, przynajmniej przez jakiś czas, przestać odwracać uwagę od nieprzyjemnych myśli, a zamiast tego naprawdę popracować nad nimi, zweryfikować je, tak jak uczyłyśmy się na sesji?

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Nawet jeśli wypełnienie zapisu myśli w danym momencie nie będzie możliwie, proszę to zrobić w pierwszej wolnej chwili.

Scanned by CamScanner

Pacjenci mogą używać technik odwracania uwagi w celu uniknięcia przeżywania negatywnej emocji. Powinni w pełni rozumieć, że nie muszą tego robić, ponieważ przykre emocje, choć niekiedy trudne do zniesienia, nie są szkodliwe. Jeśli pacjent stale odwraca od nich uwagę, nie może przyswoić sobie tej ważnej lekcji, dlatego konieczne może być zaplanowanie eksperymentów behawioralnych w celu zweryfikowania jego obaw przed przeżywaniem silnego afektu. Warto, aby terapeuta nauczył go techniki AWARE opisanej na stronie 210 (Beck i Emery, 1985), w której poleca się pacjentowi zaakceptowanie lęku, obserwowanie go, postępowanie w taki sposób, jakby się nie odczuwało lęku, powtarzanie tych kroków i oczekiwanie najlepszych rezultatów.

OBSERWACJA NASTROJU I ZACHOWANIA ZA POMOCĄ KARTY AKTYWNOŚCI

W przypadku niektórych pacjentów warto skorzystać z karty aktywności – nie do planowania zajęć, ale do śledzenia nastroju podczas wykonywania różnych czynności i szukania powtarzających się sekwencji zdarzeń. Na przykład pacjent z zaburzeniem lękowym mógłby wymieniać rozmaite zajęcia i oceniać poziom towarzyszącego lęku w skali od 0 do 10 (lub jako łagodny, umiarkowany, silny). Pacjent stale rozdrażniony lub zagniewany mógłby robić podobnie, używając skali złości. Taka skala jest szczególnie przydatna w przypadku pacjentów, którzy albo wydają się nie zauważać drobnych lub średnich zmian nastroju, albo stale zaniżają lub zawyżają stopień nasilenia emocji.

Pacjenci przejawiający problemowe zachowania, takie jak napady objadania się, palenie papierosów, niepohamowane wydawanie pieniędzy, uprawianie hazardu, używanie substancji psychoaktywnych lub wybuchy złości, mogą odnotowywać wszystkie swoje zajęcia w celu badania powtarzających się sekwencji zdarzeń lub po prostu zapisywać same nieprzystosowawcze zachowania.

RELAKSACJA I UWAŻNOŚĆ

Korzystanie z technik relaksacyjnych, opisanych szczegółowo w innych pracach (Benson, 1975; Davis, Eshelman i McKay, 2008; Jacobson, 1974), przynosi korzyści wielu pacjentom. Znanych jest kilka rodzajów ćwiczeń relaksacyjnych, m.in. progresywna relaksacja mięśni, wizualizacja i kontrolowane oddychanie. Pacjent może skorzystać z dostępnych na rynku taśm relaksacyjnych lub terapeuta może na podstawie scenariusza sporządzić dla niego takie nagranie w czasie

sesji. Ćwiczeń relaksacyjnych należy uczyć w czasie sesji, gdyż można wtedy zająć się ewentualnymi problemami i ocenić skuteczność ćwiczeń. Terapeuta powinien zdawać sobie sprawę, że u niektórych pacjentów podczas relaksacji pojawia się paradoksalny efekt wzbudzenia – wzrasta u nich napięcie i lęk (Barlow, 2002; Clark, 1989). Tak jak w przypadku wszystkich innych technik terapeuta zaproponuje pacjentowi wypróbowanie relaksacji na zasadzie eksperymentu – albo pomoże ona obniżyć lęk, albo wywoła myśli lękowe, które następnie można będzie zweryfikować.

Techniki oparte na uważności pomagają pacjentowi w nieosądzający sposób obserwować i akceptować swoje wewnętrzne przeżycia, bez ich weryfikowania czy modyfikowania. Krótkie streszczenie tych technik, zwłaszcza dla ludzi z ruminacjami, można znaleźć w książce Leahy'ego (2010). Uważność jest obecnie łączona z terapią poznawczo-behawioralną w odniesieniu do wielu problemów, w tym zaburzeń psychicznych, chorób somatycznych i stresu (Chiesa i Serretti, 2010a, 2010b). Szersze omówienie uważności można znaleźć w pracach Hayesa i współpracowników (2004); McCowna, Reibel i Micozziego (2010); Williamsa, Teasdale'a, Segala i Kabat-Zinna (2007) oraz Kabat-Zinna (1990).

STOPNIOWANE ZADANIA

Aby osiągnąć cel, zazwyczaj trzeba pokonać pewną drogę. Pacjenci często czują się przytłoczeni, gdy skupiają się na tym, jak daleko mają jeszcze do celu, zamiast koncentrować się na obecnym etapie zadania. Często otuchy dodaje im graficzne przedstawienie tych etapów (zob. rycina 15.2).

TERAPEUTKA: Wydaje się, że sama myśl o zabraniu głosu podczas zajęć napawa panią lękiem, choć chciałaby pani móc to zrobić.

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Ciekawe, czy można to rozpisać na mniejsze kroki; czy na przykład mogłaby pani zacząć od zadania pytania *po* zajęciach albo innemu studentowi, albo wykładowcy.

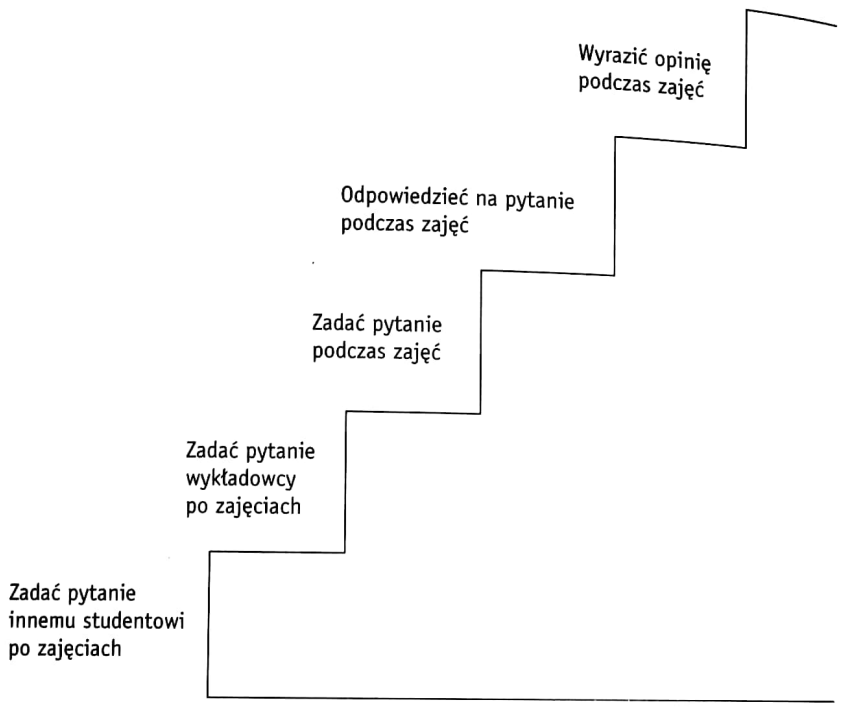
PACJENTKA: Tak. Chyba dałabym radę to zrobić.

TERAPEUTKA: Jaki mógłby być następny krok? (*pomaga Sally w określeniu etapów przedstawionych na rycinie 15.2*).

PACJENTKA: Czy perspektywa zabrania głosu podczas zajęć nadal wygląda tak przerażająco?

TERAPEUTKA: Trochę tak.

Scanned by CamScanner


Wyrazić opinię podczas zajęć
Odpowiedzieć na pytanie podczas zajęć
Zadać pytanie podczas zajęć
Zadać pytanie wykładowcy po zajęciach
Zadać pytanie innemu studentowi po zajęciach

Rycina 15.2. Rozpisanie celu na poszczególne etapy

PACJENTKA: (*rysuje schodki*) W porządku, oto co ma pani zapamiętać. Zacznie pani na najniższym stopniu, od czegoś tylko trochę trudnego. Przejdzie pani stopień wyżej dopiero wtedy, kiedy z tym pierwszym stopniem nie będzie miała pani żadnych problemów i tak dalej. Proszę pamiętać, że przed wykonaniem ostatniego kroku nie może pani mieć żadnych problemów z poprzednim. W porządku?

TERAPEUTKA: Mhm.

PACJENTKA: Kiedy zacznie pani myśleć o ostatecznym celu, proszę sobie przypomnieć o tych schodkach, a zwłaszcza o tym etapie, na którym jest pani w danym momencie, i o tym, że ma pani pokonywać poszczególne stopnie po kolei. Czy myśli pani, że pomoże to w obniżeniu lęku?

EKSPOZYCJA

Pacjenci cierpiący na depresję lub zaburzenia lękowe często stosują unikanie jako strategię radzenia sobie. Od angażowania się w pewne zajęcia może ich powstrzymywać poczucie beznadziejności („Nie ma sensu dzwonić do kolegów. Oni nie zechcą się ze mną spotkać") lub obawy („Jeśli to zrobię, stanie się coś złego"). To unikanie może być dosyć wyraźne (np. pacjent, który spędza dużą część czasu w łóżku, unikając zabiegów higienicznych, prac domowych, towarzystwa innych ludzi i załatwiania spraw) lub bardziej subtelne (np. pacjent z lękiem społecznym, unikający kontaktu wzrokowego, uśmiechania się do innych, rozmów towarzyskich lub wyrażania swoich opinii). Ten drugi rodzaj unikania to tak zwane *zachowania zabezpieczające* (Salkovskis, 1996), które w przekonaniu pacjenta ustrzegą go przed lękiem. Chociaż unikanie przynosi na ogół natychmiastową ulgę (i dlatego jest dosyć wzmacniające), utrwala ono problem. Pacjent nie ma możliwości przetestowania swoich automatycznych myśli i odebrania danych, które dowodzą ich niesłuszności.

Kiedy pacjent przejawia lęk i wyraźne unikanie, terapeuta przedstawi mocne uzasadnienie ekspozycji na sytuacje budzące lęk. Należy pomóc pacjentowi w zidentyfikowaniu zajęcia, które jest powiązane z niewielkim lub umiarkowanym dyskomfortem, i poprosić go, aby angażował się w nie codziennie (a nawet kilka razy w ciągu dnia, jeśli jest to wykonalne), aż do znacznego obniżenia się lęku. Następnie należy ustalić nową sytuację, która jest tylko trochę trudniejsza, i zachęcić pacjenta do częstej ekspozycji, aż będzie mu to przychodzić ze względną łatwością itd.

Można omówić z pacjentem różne techniki radzenia sobie, które można zastosować przed każdym zadaniem ekspozycyjnym, w jego trakcie lub po nim, na przykład zapisy myśli, karty radzenia sobie lub ćwiczenia relaksacyjne. W przypadku pacjentów przejawiających szczególnie silne unikanie przydatne jest przeprowadzenie próby w wyobraźni (strony 326–328) w celu rozpoznania albo dysforycznych automatycznych myśli, albo wymówek, aby nie wykonywać jakiegoś zadania. Oprócz tego może się okazać, że pacjent chętniej wykonuje codzienne zadania ekspozycyjne, jeśli dodatkowo wypełnia kartę monitorowania codziennych aktywności, która może być prosta i składać się tylko z trzech kolumn (data, nazwa aktywności i poziomu lęku) bardziej złożona (zob. rycina 15.3).

W przypadku bardziej rozbudowanej karty można także poprosić pacjenta o odnotowanie, a następnie przekreślenie przewidywań, które okazały się nieprawdziwe – zadanie to przypomina pacjentowi o nieadekwatności wielu jego myśli. Szczegółowe opisy procedury opracowywania hierarchii zadań ekspozycyjnych w przypadku agorafobii można znaleźć w różnych źródłach (np. Goldstein i Stainback,

Scanned by CamScanner

Data	Czynność	Przewidywany poziom lęku 0–100	Rzeczywisty poziom lęku 0–100	Przewidywania
4 kwietnia	*Zadawanie pytań na zajęciach*	*80*	*50*	*Nie dam rady tego zrobić.* *Nie wykrztuszę z siebie ani słowa.* *Wyjdę na idiotkę.*

Rycina 15.3. Indywidualna karta monitorowania

1987). Dobson i Dobson (2009) opisują plany skutecznych sesji ekspozycyjnych, możliwe cele, a także czynniki, które zmniejszają skuteczność ekspozycji.

ODGRYWANIE RÓL

Odgrywanie ról to technika, którą można wykorzystać do wielu różnych celów. Opisy odgrywania ról można znaleźć w wielu miejscach tej książki, w kontekście odkrywania automatycznych myśli, formułowania przystosowawczej odpowiedzi oraz modyfikowania przekonań pośredniczących i kluczowych. Odgrywanie ról przydaje się również w nauce i doskonaleniu umiejętności społecznych.

Niektórzy pacjenci mają słabe umiejętności społeczne w ogóle albo biegle opanowali jeden styl komunikacji, ale brakuje im umiejętności dostosowywania stylu do wymogów sytuacji. Na przykład Sally dość dobrze radzi sobie ze zwykłymi rozmowami towarzyskimi i sytuacjami, które wymagają przyjaznej, empatycznej postawy. Natomiast znacznie gorzej czuje się w sytuacjach wymagających asertywności. Kilkakrotnie odgrywałyśmy razem scenki mające na celu przećwiczenie tej umiejętności.

PACJENTKA: Nawet nie wiem, jak mogłabym zacząć rozmowę z profesorem.

TERAPEUTKA: No cóż, chciałaby pani, żeby pomógł pani lepiej zrozumieć to zagadnienie, prawda? Co chciałaby mu pani powiedzieć?

PACJENTKA: Nie wiem...

TERAPEUTKA: Spróbujmy odegrać tę scenkę. Ja będę panią, a pani profesorem. Może pani grać jego rolę tak, jakby był nastawiony nieprzychylnie.

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Ja zacznę. Panie profesorze, czy mógłby mi pan wytłumaczyć ten problem?

PACJENTKA: (*opryskliwie*) Zrobiłem to w zeszłym tygodniu na zajęciach. Nie było pani?

TERAPEUTKA: Byłam, ale nie rozumiem tego jeszcze dostatecznie dobrze.

PACJENTKA: No cóż, proszę przeczytać sobie odpowiedni rozdział w podręczniku.

TERAPEUTKA: Już to zrobiłam i też mi nie pomogło. Dlatego przyszłam do pana.

PACJENTKA: No dobrze, czego pani nie rozumie?

TERAPEUTKA: Próbowałam wcześniej wymyślić jakieś konkretne pytanie, ale zupełnie nie wiedziałam, jak je sformułować. Czy mógłby pan poświęcić kilka minut na wyjaśnienie mi tego, a potem zobaczę, czy mogę to powiedzieć własnymi słowami?

PACJENTKA: Wie pani, nie mam teraz zbyt wiele czasu. Proszę się zwrócić do jakiegoś innego studenta.

TERAPEUTKA: Wolałabym uzyskać odpowiedź bezpośrednio od pana. Dlatego przyszłam na konsultacje. Ale jeśli dzisiaj jest pan bardzo zajęty, mogę przyjść w następny czwartek.

PACJENTKA: To proste zagadnienie. Naprawdę powinna pani zapytać innego studenta.

TERAPEUTKA: Dobrze, spróbuję. Jeśli nadal będzie mi potrzebna pomoc, przyjdę w czwartek... W porządku, wychodzimy z roli. Omówmy moje wypowiedzi, a potem możemy się zamienić rolami.

Zanim terapeuta zacznie uczyć pacjenta umiejętności społecznych, powinien ocenić ich obecny poziom. Wielu pacjentów doskonale wie, co ma robić i mówić w danej sytuacji, ale nie potrafią wykorzystać tej wiedzy z powodu dysfunkcjonalnych założeń (np. „Jeśli wyrażę własną opinię, zostanę odrzucony", „Jeśli zachowam się asertywnie, to rozmówca poczuje się urażony/wściekły/pomyśli, że przekroczyłam granicę"). Aby ocenić poziom umiejętności pacjenta, terapeuta może go poprosić o założenie pozytywnego następstwa: „Gdyby wiedziała pani na pewno, że asystent z chęcią z panią porozmawia, co by pani powiedziała?", „Gdyby naprawdę była pani przekonana, że ma pani prawo do uzyskania pomocy, co by pani powiedziała?", „Gdyby wiedziała pani, że profesor da za wygraną i uzmysłowi sobie, iż powinien być bardziej życzliwie nastawiony, co by pani powiedziała?".

Scanned by CamScanner

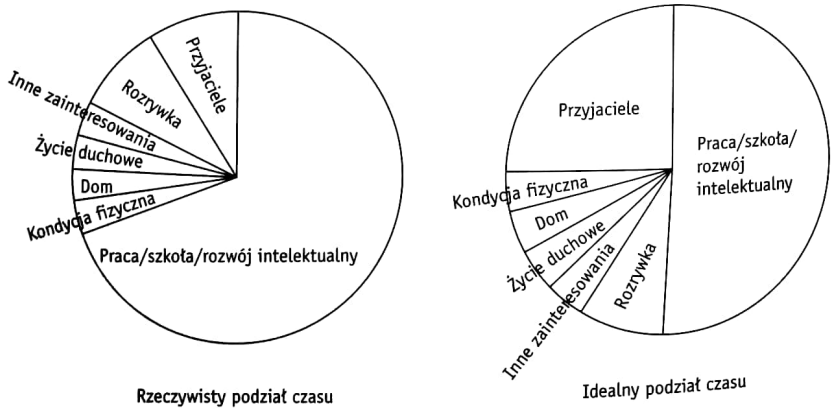
Innym sygnałem świadczącym o tym, że problem wiąże się z dysfunkcjonalnymi przekonaniami, a nie brakiem umiejętności, jest wykorzystanie tych umiejętności przez pacjenta w innym kontekście. Pacjent może na przykład zachowywać się asertywnie w pracy, ale nie w kontaktach z przyjaciółmi. W takim wypadku terapeuta nie musi odgrywać z nim ról, aby nauczyć go asertywności (może natomiast użyć tej techniki, aby pomóc mu w rozpoznaniu automatycznych myśli towarzyszących asertywnemu zachowaniu albo w przewidywaniu myśli i emocji drugiej osoby po zamianie ról).

TECHNIKA WYKRESU KOŁOWEGO (PODZIELONEGO TORTU)

Często pomocne jest przedstawienie wyobrażeń pacjenta w postaci graficznej. Wykresy kołowe można wykorzystywać na wiele sposobów, na przykład aby pomóc pacjentowi w ustaleniu celów lub określeniu względnej odpowiedzialności za dane następstwo. Przykłady takich zastosowań przedstawiono na rycinie 15.4.

Ustalanie celów

Kiedy pacjent ma problem z określeniem swoich problemów i zmian, jakie chciałby wprowadzić, lub nie dostrzega nierównowagi w swoim życiu, może odnieść korzyść z graficznego przedstawienia idealnego oraz rzeczywistego podziału czasu między różne sfery życia.



Rycina 15.4. Wykorzystanie wykresów kołowych do ustalania celów

TERAPEUTKA: A zatem zdaje pani sobie sprawę, że w pani życiu brakuje równowagi, ale nie wie pani, co zmienić? Zgadza się?

PACJENTKA: Tak, chyba tak.

TERAPEUTKA: Może narysujemy wykres kołowy, żeby łatwiej nam było znaleźć rozwiązanie?

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Najpierw przedstawimy na wykresie pani obecne życie, a później życie idealne. Proszę pomyśleć, ile czasu tak naprawdę poświęca pani na poszczególne sfery:

Praca	Kondycja fizyczna
Przyjaciele	Dom
Rozrywka	Życie duchowe/kulturalne/rozwój intelektualny
Rodzina	
Inne zainteresowania	

TERAPEUTKA: Czy może pani narysować koło i odpowiednio je podzielić, tak abym miała *ogólne* pojęcie o tym, jak spędza pani czas?

PACJENTKA: (*rysuje*)

TERAPEUTKA: W porządku, co by pani w nim zmieniła w idealnych warunkach?

PACJENTKA: No cóż... Chyba pracowałabym mniej, pewnie starałabym się mieć więcej rozrywek... spędzałabym więcej czasu z przyjaciółmi, częściej uprawiałabym sport, więcej bym czytała, coś w tym rodzaju.

TERAPEUTKA: Dobrze. Jak by to zatem wyglądało na tym idealnym wykresie?

PACJENTKA: (*uzupełnia wykres „idealny"*) [wyraża automatyczną myśl] Ale boję się, że jeśli będę mniej pracować, na studiach pójdzie mi jeszcze gorzej.

TERAPEUTKA: W porządku, zapiszmy to przewidywanie. Może mieć pani rację. W takim przypadku zawsze można wrócić do obecnej sytuacji i pracować tyle, ile teraz. Ale może się pani myli. Jest możliwe, że jeśli będzie pani mniej pracować i przeznaczać więcej czasu na przyjemności, pani nastrój się poprawi. Lepszy nastrój może sprawić, że polepszy się pani zdolność koncentracji i zwiększy wydajność pracy. Jak pani sądzi?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: Nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: Tak czy inaczej możemy zweryfikować pani przewidywanie i przekonać się, co się stanie.

PACJENTKA: Wiem na pewno, że obecnie nie uczę się wydajnie.

TERAPEUTKA: Może zatem być tak, że gdy tylko odzyska pani równowagę w swoim życiu i odbierze pozytywne sygnały z robienia rzeczy, które pani lubi, to zacznie pani lepiej sobie radzić przy mniejszym nakładzie pracy.

Po takiej rozmowie terapeuta pracuje z pacjentem nad ustaleniem konkretnych celów, tak aby podział czasu między różne sfery życia był bliższy idealnego.

Ustalanie odpowiedzialności

Technika wykresu kołowego pozwala także przedstawić graficznie przyczyny określonego stanu rzeczy (zob. rycina 15.5).

TERAPEUTKA: W jakim stopniu jest pani przekonana, że dostała pani trójkę z egzaminu z powodu własnej niekompetencji?

PACJENTKA: O, niemal w 100%.

TERAPEUTKA: Ciekawe, czy mogły być inne przyczyny?

PACJENTKA: No cóż, części materiału w ogóle nie omówiliśmy na zajęciach.

TERAPEUTKA: W porządku, coś jeszcze?

PACJENTKA: Opuściłam dwa wykłady, więc musiałam pożyczyć notatki od Lisy. Niestety, nie były dokładne.

TERAPEUTKA: Jeszcze coś?

PACJENTKA: Nie wiem. Dużo czasu poświęciłam na naukę pewnych rzeczy, których potem nie było na egzaminie.

TERAPEUTKA: Czyli miała pani trochę pecha.

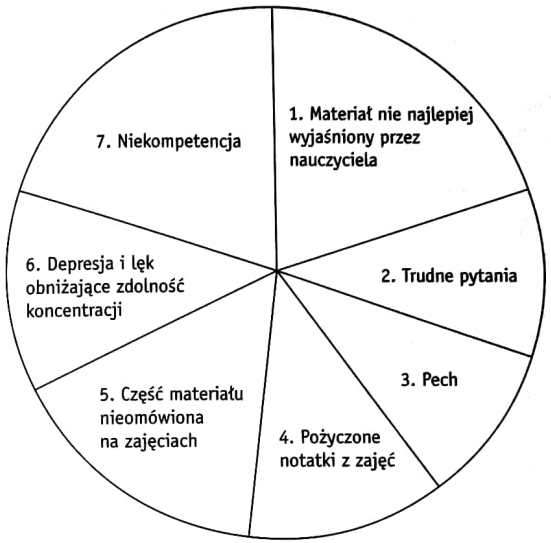
PACJENTKA: Tak, i prawie nie uczyłam się materiału, który *był* na egzaminie. Pomyliłam się w swoich przewidywaniach.

TERAPEUTKA: Czy coś jeszcze może być powodem faktu, że nie dostała pani zadowalającej oceny?

PACJENTKA: Hm... Nic nie przychodzi mi do głowy.

TERAPEUTKA: Czy inni studenci poradzili sobie znakomicie?

PACJENTKA: Nie wiem.


1. Materiał nie najlepiej wyjaśniony przez nauczyciela
2. Trudne pytania
3. Pech
4. Pożyczone notatki z zajęć
5. Część materiału nieomówiona na zajęciach
6. Depresja i lęk obniżające zdolność koncentracji
7. Niekompetencja

Rycina 15.5. Wykres kołowy przyczyn zdarzenia

TERAPEUTKA: Czy pani zdaniem egzamin był trudny?

PACJENTKA: Tak, zbyt trudny.

TERAPEUTKA: Czy pani zdaniem profesor dobrze wyjaśnił materiał?

PACJENTKA: Nie, nie zrobił tego najlepiej. W dużej mierze musiałam polegać na lekturach. Parę razy słyszałam, jak ludzie mówili, że nie są w stanie nadążyć za jego wywodem.

TERAPEUTKA: Zastanawiam się, czy mogła mieć pani problemy z koncentracją z powodu swojej depresji i lęku?

PACJENTKA: Zdecydowanie.

TERAPEUTKA: Spójrzmy teraz, jak by to wszystko wyglądało na wykresie. Proszę podzielić koło na części i każdej z nich przypisać jedną z następujących przyczyn słabej oceny z egzaminu: 1) profesor nie wyjaśnił materiału zbyt dobrze, 2) pytania były naprawdę trudne, 3) miała pani pecha, bo uczyła się rzeczy, których nie było na egzaminie, 4) koleżanka pożyczyła pani niezbyt dokładne notatki, 5) część materiału nie została

Scanned by CamScanner

omówiona na zajęciach, 6) depresja i lęk obniżyły u pani zdolność koncentracji oraz 7) rzeczywiście jest pani osobą niekompetentną.

PACJENTKA: (*uzupełnia wykres przedstawiony na rycinie 15.5*).

TERAPEUTKA: Podzieliła pani wykres dosyć równo. W jakim stopniu jest pani teraz przekonana, że dostała pani tróję z egzaminu z powodu własnej niekompetencji?

PACJENTKA: W mniejszym. Może w 50%.

TERAPEUTKA: Dobrze. To niezły spadek.

Podczas badania udziału innych przyczyn terapeuta powinien poprosić pacjenta o ocenę dysfunkcjonalnej atrybucji (w tym przypadku: „Jestem niekompetentna") na samym końcu, tak aby pacjent dokładniej rozważył wszystkie wyjaśnienia.

AUTOPORÓWNANIA I LISTY ZASŁUG

Pacjenci z zaburzeniami psychicznymi wykazują negatywną tendencyjność w przetwarzaniu informacji, zwłaszcza kiedy oceniają siebie. Na ogół zauważają dane, które można zinterpretować jako negatywne, a pomijają i lekceważą informacje pozytywne, a nawet o nich zapominają. Poza tym często dokonują dwóch dysfunkcjonalnych porównań – zestawiają siebie w chwili obecnej z tym, jacy byli przed początkiem zaburzenia, z tym, jacy chcieliby być, albo porównują się z osobami bez zaburzeń psychicznych. Taka negatywna tendencyjność uwagi podtrzymuje lub pogłębia ich obniżony nastrój.

Zmiana autoporównania

W poniższym fragmencie rozmowy pomagam Sally dostrzec, że jej negatywna wybiórczość uwagi i porównania są dysfunkcjonalne. Następnie uczę ją dokonywania bardziej funkcjonalnych porównań (z tym, jaka była w najgorszym momencie) oraz prowadzenia listy zasług.

TERAPEUTKA: Wydaje się, że jest pani dla siebie bardzo surowa. Czy w tym tygodniu zrobiła pani coś, co zasługuje na uznanie?

PACJENTKA: Skończyłam pisać pracę z literatury.

TERAPEUTKA: Coś jeszcze?

PACJENTKA: Hm... Nic nie przychodzi mi do głowy.

TERAPEUTKA: Może mogła pani pewnych rzeczy nie zauważyć...

PACJENTKA: Nie wiem.

TERAPEUTKA: Na przykład w ilu zajęciach pani uczestniczyła?

PACJENTKA: We wszystkich.

TERAPEUTKA: Na ilu robiła pani notatki?

PACJENTKA: Na wszystkich.

TERAPEUTKA: Było pani łatwo? A może musiała się pani przemóc, żeby pójść na zajęcia i uważać podczas wykładu?

PACJENTKA: Było trudno, a nie powinnam mieć z tym problemów. Pewnie nikt inny się nie musiał podejmować takiego wysiłku.

TERAPEUTKA: O... chyba znowu porównuje się pani z innymi ludźmi. Często pani to robi?

PACJENTKA: Chyba tak.

TERAPEUTKA: Czy wydaje się to pani sprawiedliwym porównaniem? Czy byłaby pani dla siebie tak surowa, gdyby miała pani na przykład zapalenie płuc i musiała się przemóc, żeby pójść na zajęcia i uważać podczas wykładu?

PACJENTKA: Nie, miałabym prawo być zmęczona.

TERAPEUTKA: No właśnie. Ciekawe, czy teraz ma pani do tego prawo? Może jednak zasługuje pani na uznanie, gdy podejmuje pani taki wysiłek? Czy pamięta pani naszą pierwszą sesję, kiedy omawiałyśmy objawy depresji: zmęczenie, brak energii, problemy z koncentracją, zaburzenia snu i apetytu itd.?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Więc może jednak ze względu na depresję pani wysiłki zasługują na uznanie?

PACJENTKA: Nie myślałam o tym w ten sposób.

TERAPEUTKA: W porządku, omówimy teraz dwie sprawy – co robić, kiedy porównuje się pani z innymi, i jak dostrzegać rzeczy, za które należy się pani uznanie. W porządku, co dzieje się z pani nastrojem, gdy porównuje się pani z innymi, na przykład kiedy myśli pani: „Inni bez wysiłku chodzą na zajęcia i robią notatki".

PACJENTKA: Czuję się dość kiepsko.

TERAPEUTKA: Co by się stało, gdyby powiedziała pani sobie: „Chwileczkę. To nie jest rozsądne porównanie. Porównam się z *sobą* w najgorszym momencie, kiedy całymi dniami leżałam w łóżku i nie chodziłam na zajęcia"?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: Zdałabym sobie sprawę, że teraz robię więcej.

TERAPEUTKA: I nastrój by się pani pogorszył?

PACJENTKA: Nie, raczej poprawił.

TERAPEUTKA: Czy wypróbuje pani takie porównania w ramach pracy osobistej?

PACJENTKA: Mhm.

TERAPEUTKA: W porządku, proszę to zapisać na liście zadań. „Jeśli złapię się na tym, że porównuję siebie z osobami, które nie są w depresji, powiem sobie, że to nierozsądne, i porównam się z sobą, kiedy przeżywałam najgorsze chwile".

Pacjent może mieć także automatyczne myśli, w których porównuje siebie w chwili obecnej z tym, jaki chciałby być (np. „Powinnam bez trudu przeczytać ten rozdział") lub z tym, jaki był przed początkiem depresji (np. „Dawniej robiłam to bez trudu"). W takim wypadku należy zwrócić mu uwagę na postępy, jakie poczynił od momentu, w którym czuł się najgorzej, a nie na to, jak daleko mu do osiągnięcia najlepszego samopoczucia lub jak długą drogę musi jeszcze pokonać.

Gdy pacjent jest obecnie w najgorszym momencie swego życia, terapeuta zmodyfikuje podejście:

TERAPEUTKA: Słyszę w pani głosie przygnębienie, gdy porównuje się pani z innymi ludźmi lub z tym, jaka chciałaby pani być. Może w takich chwilach warto sobie powiedzieć, że ma pani listę celów i że razem opracowujemy plan, który pomoże pani wprowadzać określone zmiany. Gdyby powiedziała pani sobie, że razem tworzymy zespół, który pracuje nad tym, aby dotarła pani do upragnionego celu, jaki mogłoby to mieć wpływ na pani nastrój?

Listy zasług

Listy zasług to po prostu wykaz (sporządzany w pamięci lub na piśmie) pozytywnych rzeczy, które pacjent robi w danym dniu lub za które należy mu się uznanie (zob. rycina 15.6). Jak w przypadku wszystkich zadań, najpierw przedstawiam uzasadnienie:

TERAPEUTKA: Chciałabym pani opisać zadanie, które moim zdaniem okaże się pomocne. Rozmawialiśmy o tym, że ma pani wiele samokrytycznych myśli. Co dzieje się z pani nastrojem, gdy przychodzi pani do głowy na

(Rzeczy pozytywne lub wymagające wysiłku, które mimo wszystko zrobiłam)

1. Starałam się nadążyć za wykładem ze statystyki.
2. Napisałam esej i przesłałam go e-mailem (do profesora).
3. Porozmawiałam z Julią podczas lunchu.
4. Zadzwoniłam do Jeremy'ego, aby potwierdzić zadanie z chemii.
5. Zrezygnowałam z drzemki i poszłam pobiegać.
6. Przeczytałam piąty rozdział podręcznika do ekonomii.

Rycina 15.6. Lista zasług Sally

przykład taka myśl: „Powinnam robić to lepiej" czy „Kiepsko mi poszło"?

PACJENTKA: Czuję się gorzej.

TERAPEUTKA: Właśnie. A co by się stało, gdyby zaczęła pani zauważać więcej *dobrych* rzeczy, jakie pani robi?

PACJENTKA: Pewnie poczułabym się lepiej.

TERAPEUTKA: W porządku, jak pani sądzi, czy *ja* zasługiwałabym na uznanie, gdybym była zmęczona z powodu zapalenia płuc lub depresji, a mimo to przemogłabym się, żeby wstać z łóżka, przyjść do pracy, spotkać się z pacjentami, pisać e-maile itd.?

PACJENTKA: Jasne.

TERAPEUTKA: Nawet gdybym nie robiła tych rzeczy tak sprawnie jak zazwyczaj?

PACJENTKA: Oczywiście.

TERAPEUTKA: Bo pewnie mogłabym zostać w łóżku i głębiej wsunąć się pod kołdrę.

PACJENTKA: No tak.

TERAPEUTKA: Czy to samo dotyczy pani? Czy zasługuje pani na uznanie za swój wysiłek?

PACJENTKA: Chyba tak.

TERAPEUTKA: Pewnie trudno jest pani pamiętać o przyznawaniu sobie zasług pomiędzy sesjami. Dlatego chciałbym, aby zaczęła pani zapisywać rzeczy, za które należy się pani uznanie. Co pani o tym sądzi?

PACJENTKA: Mogłabym spróbować.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: (zaczynając to zadanie w trakcie sesji) Spróbujmy już teraz, jeśli nie ma pani nic przeciwko temu... Jak chce pani to nazwać – „listą zasług? Jakoś inaczej?

PACJENTKA: „Lista zasług" będzie w sam raz.

TERAPEUTKA: Dobrze. Na tej liście może pani zapisywać pozytywne rzeczy, które pani zrobiła, albo zadać sobie pytanie: „Co dzisiaj wymagało wysiłku, a jednak to zrobiłam?".

PACJENTKA: W porządku (*zapisuje polecenie*).

TERAPEUTKA: Zacznijmy od dzisiaj. Co już dzisiaj pani zrobiła?

PACJENTKA: (*pisząc jednocześnie*) Poszłam na zajęcia ze statystyki... Były trudne, ale próbowałam zrozumieć, co mówi wykładowca... Wydrukowałam i oddałam esej... Porozmawiałam ze znajomą koleżanki z pokoju – wspólnie jadłyśmy obiad...

TERAPEUTKA: To dobry początek. Może będzie pani tak robić codziennie?

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Myślę, że zapamięta pani wiele rzeczy znacznie lepiej, jeśli natychmiast je pani zapisze. Jeśli to niemożliwe, to proszę uzupełniać listę trzy razy dziennie: w porze lunchu, obiadu i przed snem. Możemy się tak umówić?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Czy chce pani zapisać, *dlaczego* wykonuje pani to zadanie?

PACJENTKA: Nie, zapamiętam. Dzięki niemu skupiam się na rzeczach dobrych i to poprawia mi samopoczucie.

Wypełnianie list zasług na początku terapii pomaga także przygotować pacjenta do późniejszego zadania polegającego na wyszukiwaniu pozytywnych danych do karty przekonania kluczowego (rozdział 14).

Jak widać, istnieje wiele technik poznawczych i behawioralnych; w tej książce opisano jedynie najpopularniejsze z nich. Czytelników zachęca się do sięgnięcia do innych źródeł w celu uzupełnienia swojego zasobu narzędzi.

ROZDZIAŁ 16

WYOBRAŻENIA

Wielu pacjentów doświadcza automatycznych myśli nie tylko w postaci niewypowiedzianych słów, lecz również w formie obrazów umysłowych, czyli wyobrażeń (Beck i Emery, 1985). Sally przyszła do głowy myśl: „Kolega ze studiów uzna, że mu się narzucam, gdy go poproszę o kopię notatek". Za pomocą kilku pytań udało mi się ustalić, że kiedy Sally doświadczała tej myśli, jednocześnie wyobrażała sobie kolegę ze studiów patrzącego na nią z irytacją. Wyobrażenie to było myślą automatyczną mającą formę obrazu.

W niniejszym rozdziale pokazano, jak nauczyć pacjentów rozpoznawania spontanicznych wyobrażeń oraz jak dokonywać terapeutycznych interwencji w przypadku wyobrażeń spontanicznych i wywołanych. Choć wielu pacjentów doświadcza wyobrażeń wzrokowych, niewielu o nich mówi. Samo pytanie o wyobrażenia, nawet wielokrotne, nie zawsze wystarcza do ich wydobycia. Wyobrażenia są zazwyczaj dość krótkotrwałe i często nieprzyjemne, dlatego wielu pacjentów szybko je od siebie odpycha. Nierozpoznanie i niepodważenie przygnębiających lub niepokojących wyobrażeń może spowodować, że pacjent nadal będzie cierpiał.

ROZPOZNAWANIE WYOBRAŻEŃ

Terapeuta musi być wyczulony na możliwość wystąpienia myśli pacjentów w formie wyobrażeniowej, ponieważ niewielu z nich spontanicznie zgłasza takie wyobrażenia, a niektórzy mają trudności z ich rozpoznaniem nawet wtedy, gdy zostaną o nie zapytani. W poniższej rozmowie staram się ustalić, czy u Sally, obok werbalnej automatycznej myśli, pojawiło się spontaniczne wyobrażenie.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Pomyślała pani więc: „Nie poradzę sobie z pracą na pół etatu", i poczuła pani smutek?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Zastanawiam się, czy kiedy przyszła pani do głowy ta myśl, towarzyszył jej jakiś obraz?

PACJENTKA: Nie jestem pewna, o co pani pyta.

TERAPEUTKA: Czy „nieporadzenie sobie" wyglądało jak coś konkretnego?

PACJENTKA: Chyba wyobraziłam sobie, że wracam do akademika późnym wieczorem, czując się przytłoczona i jakby przygnieciona.

TERAPEUTKA: Coś jeszcze?

PACJENTKA: Szłam bardzo wolno, czułam się wyczerpana, miałam naprawdę ciężki plecak.

TERAPEUTKA: W porządku. Ten obraz w umyśle nazywamy wyobrażeniem.

Czasami gdy terapeuta używa jedynie słowa „wyobrażenie", pacjenci mają trudności ze zrozumieniem tego pojęcia. Synonimy to: obraz umysłowy, marzenie na jawie, fantazja czy wspomnienie. Gdyby Sally nie udało się zrelacjonować wyobrażenia, mogłabym spróbować posłużyć się którymś z synonimów. Mogłabym też pomóc jej stworzyć wyobrażenie (gdyby celem terapeutycznym tej sesji było nauczenie jej ich rozpoznawania). Mogłabym wywołać neutralne lub pozytywne wyobrażenie („Proszę opisać, jak z zewnątrz wygląda dom, w którym pani mieszka" czy „Proszę sobie wyobrazić, że wchodzi pani do tego budynku. Co pani widzi?"). Mogłabym też spróbować wywołać wyobrażenie dotyczące przygnębiającej lub niepokojącej sytuacji, tak jak w przykładzie poniżej:

TERAPEUTKA: Czy wyobrażała sobie pani, jaki wyraz twarzy mógłby mieć profesor, gdyby zadała mu pani pytanie? Czy wyglądałby na zadowolonego?

PACJENTKA: Chyba nie wyobrażałam sobie, jak by wtedy wyglądał.

TERAPEUTKA: [pomaga pacjentce przedstawić to sobie bardzo konkretnie] Czy może sobie pani to teraz wyobrazić? Czy może sobie pani wyobrazić, że idzie pani do niego. Kiedy by to pani zrobiła?

PACJENTKA: Pewnie we wtorek. Wtedy ma konsultacje.

TERAPEUTKA: Byłby więc w swoim gabinecie?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: W jakim budynku ma gabinet?

PACJENTKA: W Bennet Hall.

TERAPEUTKA: W porządku, czy może sobie pani wyobrazić teraz tę scenę? Jest wtorek, wchodzi pani do Bennet Hall i idzie do gabinetu profesora... Czy widzi to pani w swoim umyśle? Drzwi są otwarte czy zamknięte?

PACJENTKA: Zamknięte.

TERAPEUTKA: Dobrze. Czy widzi pani siebie, jak puka do drzwi? Co odpowiada profesor, gdy słyszy pukanie?

PACJENTKA: Mówi: „Proszę wejść" (*naśladuje szorstki ton głosu profesora*).

TERAPEUTKA: W porządku, widzi pani siebie wchodzącą do gabinetu? Jaki profesor ma wyraz twarzy?

PACJENTKA: Marszczy brwi.

TERAPEUTKA: I co dzieje się potem? (*razem z Sally rozwijamy to wyobrażenie aż do najbardziej nieprzyjemnego momentu*). Scenę, którą właśnie sobie pani zwizualizowała, nazywamy wyobrażeniem. Czy takie wyobrażenie mogło pojawić się w pani głowie, gdy myślała pani o tym, by wybrać się na konsultacje?

PACJENTKA: Może... nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: Czy w ramach pracy osobistej oprócz automatycznych myśli mogłaby pani szukać wyobrażeń przychodzących pani do głowy wtedy, gdy zauważy pani u siebie pogorszenie nastroju?

PACJENTKA: Dobrze.

WYJAŚNIANIE PACJENTOWI NATURY WYOBRAŻEŃ

Niektórzy pacjenci potrafią rozpoznać wyobrażenia, ale nie opowiadają o nich, gdyż są one bardzo drastyczne i nieprzyjemne. Mogą nie chcieć ponownie przeżywać cierpienia albo boją się, że terapeuta pomyśli, iż coś z nimi jest nie tak. Jeżeli terapeuta podejrzewa, że zachodzi któraś z tych sytuacji, wyjaśnia, że wyobrażenia są czymś normalnym.

TERAPEUTKA: Nie wiem, czy w pani umyśle pojawiają się wyobrażenia. U większości ludzi tak się dzieje, ale zazwyczaj znacznie lepiej zdają sobie oni sprawę z emocji, które towarzyszą wyobrażeniu, niż z samego wyobrażenia. Czasami wydają się one dość dziwne, ale tak naprawdę wszystkie ich rodzaje występują powszechnie – czy będą to wyobrażenia smutne, przerażające, czy na-

Scanned by CamScanner

wet zawierające przemoc. Problem pojawia się wtedy, gdy ktoś uważa, że wyobrażanie sobie różnych rzeczy świadczy o jego nienormalności. Czy przypomina pani sobie jakieś wyobrażenia z ostatnich dni?

PACJENTKA: Nie, chyba nie.

TERAPEUTKA: Umówiłyśmy się, że w tym tygodniu będzie pani zwracać uwagę na wyobrażenia, gdy zauważy pani u siebie zmianę nastroju. Jeśli przychodzą pani do głowy nieprzyjemne wizje, nauczę panią, jak można sobie z nimi radzić.

Uświadomienie pacjentowi, że wyobrażenia są czymś normalnym, pomaga zmniejszyć jego lęk i zwiększa prawdopodobieństwo, że będzie umiał je rozpoznać. W poprzednim fragmencie podkreślam, że Sally nauczy się na nie reagować, sugerując w ten sposób, że może przejąć kontrolę nad swoimi dolegliwościami psychicznymi.

Terapeuta często musi dołożyć starań, żeby nauczyć pacjenta rozpoznawania wyobrażeń. Większość pacjentów początkowo nie zdaje sobie z nich sprawy i wielu terapeutów po kilku próbach daje za wygraną. Jeśli terapeuta sam zobaczy w myślach opisywaną przez pacjenta sytuację, może tę wizję wykorzystać jako wskazówkę do dalszego sondowania wyobrażenia, jakiego mógł doświadczyć pacjent.

TERAPEUTKA: Gdy opisywała pani swój lęk przed reakcją współlokatorki, zobaczyłam w *mojej* głowie jej obraz, choć nawet jej nie znam. Czy wyobraża sobie pani, jak koleżanka mogłaby wyglądać, gdyby w rozmowie z nią poruszyła pani problem hałasu?

REAGOWANIE NA SPONTANICZNE WYOBRAŻENIA

Kiedy pacjenci rzeczywiście miewają nieprzyjemne wyobrażenia, terapeuta może nauczyć ich kilku strategii. Siedem pierwszych technik pomaga w obniżeniu dolegliwości psychicznych poprzez ukazanie określonej sytuacji w innym świetle; ostatnia przynosi chwilową ulgę, skłaniając pacjenta do skupienia się na czymś innym. Terapeuta powinien powiedzieć pacjentowi, że warunkiem skutecznego stosowania tych technik jest przećwiczenie ich na sesji i poza nią.

Dopełnienie wyobrażenia

Technika ta często jest najbardziej przydatna. Może pomóc terapeucie i pacjentowi w lepszym konceptualizowaniu problemu, doprowadzić do poznawczej restrukturyzacji wyobrażenia, a także przynieść ulgę.

Terapeuta będzie zachęcał pacjenta, aby kontynuował wizualizację spontanicznego wyobrażenia do czasu, gdy nastąpi jedna z dwóch rzeczy: pacjent wyobrazi sobie przezwyciężenie kryzysu i poczuje się lepiej lub wyobrazi sobie ostateczną katastrofę, na przykład śmierć. (W tym drugim przypadku terapeuta może przeanalizować konsekwencje, których obawia się pacjent, oraz znaczenie ostatecznej katastrofy, a następnie podjąć dalszą interwencję). Poniższy fragment rozmowy przedstawia pierwszy scenariusz – pacjentka wyobraża sobie przezwyciężenie określonej trudności.

TERAPEUTKA: W porządku, czy może pani znowu przywołać to wyobrażenie? Proszę przedstawić je sobie możliwie najżywiej, jednocześnie opowiadając mi, co pani widzi.

PACJENTKA: Siedzę w sali. Profesor rozdaje test. Patrzę na pytania. W głowie pustka. Czytam pierwsze pytanie. Nic nie rozumiem. Wszyscy wokół mnie piszą. Myślę: „Sparaliżowało mnie – obleję".

TERAPEUTKA: I co pani czuje?

PACJENTKA: Straszny lęk.

TERAPEUTKA: Czy dzieje się coś jeszcze?

PACJENTKA: Nie.

TERAPEUTKA: W porządku. [przeprowadza psychoedukację] To bardzo częsta sytuacja. Przerwała pani to wyobrażenie w *najgorszym* momencie, gdy ma pani pustkę w głowie i czuje się sparaliżowana. Chciałabym, żeby teraz wyobraziła sobie pani, co dzieje się potem.

PACJENTKA: Hmm... Nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: Czy przez całą godzinę tak pani siedzi?

PACJENTKA: Nie, chyba nie.

TERAPEUTKA: Proszę sobie wyobrazić, co dzieje się potem?... Skoro rozgląda się pani i widzi innych studentów, rzeczywiście czuje się pani sparaliżowana?

PACJENTKA: Nie, chyba nie.

TERAPEUTKA: Co pani widzi potem?

PACJENTKA: Znowu patrzę na kartkę, ale nie mogę się skupić.

TERAPEUTKA: A potem?

PACJENTKA: Przecieram oczy. Pierwsze pytanie jest dla mnie zupełnie niezrozumiałe.

TERAPEUTKA: W porządku. I co potem?

PACJENTKA: Przechodzę do drugiego pytania. Nie jestem pewna odpowiedzi.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: A potem?
PACJENTKA: Czytam dalej. Znajduję pytanie, na które potrafię jakoś odpowiedzieć.
TERAPEUTKA: I co potem?
PACJENTKA: Chyba piszę odpowiedź.
TERAPEUTKA: Czy widzi pani siebie, jak pisze odpowiedź?
PACJENTKA: Tak.
TERAPEUTKA: Dobrze. Co dzieje się potem?
PACJENTKA: Znowu czytam pytania, aż znajdę następne, na które potrafię odpowiedzieć.
TERAPEUTKA: A potem?
PACJENTKA: Wracam do pierwszych pytań i próbuję coś napisać.
TERAPEUTKA: Dobrze. Potem?
PACJENTKA: No cóż, w końcu piszę tyle, ile potrafię.
TERAPEUTKA: Co potem?
PACJENTKA: Oddaję test.
TERAPEUTKA: A potem?
PACJENTKA: Pewnie idę na następne zajęcia.
TERAPEUTKA: A potem?
PACJENTKA: Siadam, wyciągam zeszyt.
TERAPEUTKA: Jak się teraz pani czuje w tym wyobrażeniu?
PACJENTKA: Jestem jeszcze trochę roztrzęsiona. Nie wiem, jak mi poszło na egzaminie.
TERAPEUTKA: Lepiej niż na początku, kiedy czuła się pani sparaliżowana i miała pustkę w głowie?
PACJENTKA: Tak. Znacznie lepiej.
TERAPEUTKA: Dobrze. Omówmy teraz technikę, którą zastosowałyśmy. Najpierw rozpoznała pani niepokojące wyobrażenie, które przerwała pani w absolutnie najgorszym momencie. Następnie wyobraziła sobie pani, co prawdopodobnie wydarzyłoby się później – aż do momentu, w którym pani samopoczucie nieco się poprawiło. Nazywamy to „dopełnieniem wyobrażenia" (*pauza*). Czy myśli pani, że przećwiczenie tej techniki będzie przydatne?

W przytoczonym przykładzie pacjentka bez trudu rozpoznaje rozsądne następstwo. W niektórych wypadkach terapeuta musi zaproponować modyfikację sceny:

TERAPEUTKA: Proszę sobie wyobrazić, co dzieje się potem... Jeśli rozgląda się pani i widzi innych studentów, rzeczywiście czuje się pani sparaliżowana?
PACJENTKA: Nie wiem... *Czuję się* sparaliżowana.
TERAPEUTKA: Co dzieje się potem w pani wyobrażeniu?
PACJENTKA: Nie wiem. Siedzę dalej. Sparaliżowana.
TERAPEUTKA: Czy chciałaby sobie pani wyobrazić, że trochę wierci się pani na krześle, wzdycha, patrzy przez okno?
PACJENTKA: Mhm.
TERAPEUTKA: Czy chciałaby sobie pani wyobrazić, że drapie się pani w kark i rozciąga, żeby się rozluźnić?
PACJENTKA: Tak.
TERAPEUTKA: W porządku. Czy w tym wyobrażeniu jest pani gotowa przeczytać pytania i znaleźć to, na które zna pani odpowiedź?
PACJENTKA: Tak.
TERAPEUTKA: Wyobraża to sobie pani? Co chciałaby sobie pani wyobrazić potem?
PACJENTKA: Znajduję łatwe pytanie.
TERAPEUTKA: Co chciałaby sobie pani wyobrazić potem?

Wprowadzam tutaj do wyobrażenia nowy element, aby pomóc Sally „odblokować się" i kilkakrotnie pytam ją, co ona *chce* sobie wyobrazić. Kontynuuję ten proces do czasu, gdy będzie ona w stanie sama dopełnić wyobrażenie.

Jak już wspomniano, czasami pacjent wyobraża sobie sytuację, która staje się coraz gorsza i często kończy katastrofą. Terapeuta zadaje wtedy pytania, aby ustalić znaczenie tej katastrofy, i odpowiednio do tego interweniuje. Sytuację taką ilustruje przykład innej pacjentki – Marie.

TERAPEUTKA: W porządku. Widzi pani siebie w samochodzie, który zaczyna zjeżdżać w kierunku barierki na moście. Proszę sobie wyobrazić tę scenę możliwie jak najwyraźniej. Co się dzieje później?
PACJENTKA: Samochód uderza w barierkę. Spada (*płacze cicho*).
TERAPEUTKA: (*delikatnie*) Co dzieje się potem?
PACJENTKA: (*płacze*) Samochód jest całkiem zmiażdżony.
TERAPEUTKA: (*delikatnie*) A pani?
PACJENTKA: (*płacze*) Nie żyję.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Co dzieje się potem?

PACJENTKA: Nie wiem. Po tym nie mogę już nic zobaczyć (*nadal płacze*).

TERAPEUTKA: Spróbujmy wybiec trochę w przyszłość. Myślę, że to pomoże... Co jest najgorsze w tym, że zginęła pani w tym wypadku?

PACJENTKA: Moje dzieci. Nie będą miały matki. Będą zdruzgotane (*płacze coraz mocniej*).

TERAPEUTKA: (*czeka chwilę*) Czy ma pani przed oczyma ich obraz?

W tym przykładzie dopełnienie wyobrażenia prowadzi do katastrofy. Delikatnie wypytuję pacjentkę, aby ustalić szczególne znaczenie tej katastrofy. Przykład podany później w tym rozdziale – wywoływanie wyobrażeń w celu nabrania dystansu – ilustruje jedną z metod radzenia sobie z tego rodzaju problemem. W tym wypadku pacjentka ujawnia, że w jej umyśle pojawiło się nowe wyobrażenie – całkowicie zdruzgotanych dzieci na jej pogrzebie. Tutaj także pacjentka przerwała wyobrażenie w najgorszym momencie. (Na stronie 314 pokazano, jak terapeuta skłoni pacjentkę do wyobrażenia sobie dzieci radzących sobie lepiej wiele lat później).

Tak więc dopełnianie wyobrażeń może prowadzić do dwóch następstw. W jednym przypadku problem zostaje w końcu rozwiązany i pacjent czuje ulgę. W drugim – problem staje się coraz poważniejszy i kończy się katastrofą. Terapeuta stara się wówczas odkryć znaczenie tego, co jest najgorsze w tym wyobrażeniu, co pomaga odkryć nowy problem. Następnie może pomóc pacjentowi w wywołaniu konstruktywnego wyobrażenia opisanego w dalszej części rozdziału.

Wybieganie w przyszłość

Czasami dopełnienie wyobrażenia jest nieskuteczne, ponieważ pacjent wyobraża sobie coraz więcej przeszkód lub niepokojących zdarzeń i cały proces zdaje się nie mieć końca. W takim wypadku terapeuta może zaproponować, aby wyobraził sobie siebie w jakimś momencie w niedalekiej przyszłości.

TERAPEUTKA: [podsumowuje] W porządku, gdy wyobraża sobie pani, że przystępuje do pisania pracy, ciągle pani widzi, że jest ona trudna, wymaga wiele wysiłku i sprawia pani mnóstwo problemów. Patrząc realistycznie, czy uważa pani, że w końcu napisze pani tę pracę?

PACJENTKA: Pewnie tak. Ale może będę musiała pracować nad nią dzień i noc przez wiele tygodni.

TERAPEUTKA: Proszę wybiec w przyszłość i wyobrazić sobie, że pani kończy pisać. Czy może pani przedstawić sobie taki obraz? Jak on wygląda?

PACJENTKA: No cóż, chyba widzę, jak czytam ją jeszcze raz i robię ostatnie poprawki. A potem wysyłam ją e-mailem do profesora.

TERAPEUTKA: Chwileczkę... Czy może pani to trochę zwolnić i wyobrazić sobie tę sytuację ze szczegółami?

PACJENTKA: W porządku. Siedzę przy komputerze w moim pokoju w akademiku. Jest, załóżmy, godzina druga w nocy. Oczy same mi się zamykają, mimo to sprawdzam pracę od pierwszej do ostatniej strony. Znajduję kilka błędów i poprawiam je, potem zapisuję plik. Otwieram program pocztowy i wysyłam ją do profesora.

TERAPEUTKA: Jak się pani teraz czuje w tym wyobrażeniu?

PACJENTKA: Czuję ulgę... kamień spadł mi z serca. Jest mi znacznie lżej.

TERAPEUTKA: W porządku, omówmy strategię, którą przed chwilą zastosowałyśmy. Wyobrażała sobie pani, jak zabiera się do pracy, i im dłużej pani sobie to wyobrażała, tym więcej widziała pani problemów i odczuwała większy lęk. Następnie wybiegła pani myślą w przyszłość i zobaczyła, jak kończy pracę, co poprawiło pani samopoczucie. Proszę napisać coś o tej technice – wybieganie w przyszłość – tak aby mogła ją pani przećwiczyć także w domu.

Radzenie sobie w wyobrażeniu

Inna technika polega na takim ukierunkowaniu pacjenta, aby sobie wyobraził, że radzi sobie z trudną sytuacją, która spontanicznie przyszła mu do głowy.

TERAPEUTKA: [podsumowuje] A zatem wyobraziła pani sobie, że wchodzi do szkolnej biblioteki z uczniem, któremu udziela pani korepetycji i poczuła się pani zupełnie bezradna. Nagle dzieciak zaczął dokazywać i hałasować, a pani poczuła, że traci nad nim kontrolę?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Więc znowu w pani umyśle pojawiło się wyobrażenie i przerwała je w pani najgorszym momencie?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: Chyba tak.

TERAPEUTKA: Czy może pani ponownie wyobrazić sobie tę scenę, ale tym razem próbując zobaczyć, czy może sobie pani poradzić z każdym problemem po kolei?

PACJENTKA: Najpierw dzieciak otwiera z hukiem drzwi do biblioteki. Chyba mówię: „Ciii... inni się tu uczą".

TERAPEUTKA: A potem co się dzieje?

PACJENTKA: Biegnie do półek z książkami.

TERAPEUTKA: Więc pani...

PACJENTKA: Chyba biorę go za rękę i prowadzę do biurka.

Dialog ten trwa do czasu, gdy pacjent poradzi sobie w wyobrażeniu. W razie potrzeby terapeuta może zadawać pytania naprowadzające, aby pomóc mu w wymyśleniu rozwiązań („Czy chciałby sobie pan wyobrazić, że...?"). Może też pomóc pacjentowi w wyobrażeniu sobie, że wykorzystuje narzędzia poznane w czasie terapii, na przykład czyta kartę radzenia sobie, używa techniki kontrolowanego oddychania i na głos wypowiada instrukcje skierowane do siebie.

Zmiana wyobrażenia

Inna metoda polega na tym, że pacjent uczy się ponownie przywoływać spontaniczne wyobrażenie, zmieniając jego zakończenie w celu złagodzenia cierpienia. Pierwszy przykład przedstawia zmianę realistyczną, drugi – „magiczną".

PACJENTKA: Dzisiaj rano myślałam o feriach wiosennych. Nie mogę pojechać do domu. Będę musiała tu zostać. Byłam naprawdę przybita z tego powodu.

TERAPEUTKA: Czy wyobrażała sobie pani, jak by to wyglądało?

PACJENTKA: Wyobrażałam sobie, że siedzę przy biurku, sama w pokoju, zrezygnowana i przygnębiona.

TERAPEUTKA: Coś jeszcze?

PACJENTKA: Nie, tylko tyle, że jest bardzo cicho. Nikogo nie ma w akademiku.

TERAPEUTKA: I to wyobrażenie wywołuje w pani uczucie...

PACJENTKA: Smutku. Głębokiego smutku.

TERAPEUTKA: Nie musi pani pozostawać na łasce tego wyobrażenia. Może pani je zmienić – jeśli tylko pani chce. Zupełnie tak, jakby była pani reżyserem – może pani zdecydować, jak ma ono wyglądać. Może je pani zmienić w magiczny sposób... wprowadzając coś, co nie zdarzyłoby się w prawdziwym świecie. Może też pani zmienić je w wyobrażenie realistyczne.

PACJENTKA: Nie do końca rozumiem, jak to zrobić.

TERAPEUTKA: Cóż, w porządku, siedzi pani przy biurku. Co by panią ucieszyło?

PACJENTKA: Telefon od przyjaciółki... albo okazuje się, że jest więcej ludzi w akademiku. Ktoś puka do drzwi i idziemy razem na obiad.

TERAPEUTKA: Jakiś inny scenariusz?

PACJENTKA: Może przypominam sobie, że jest jakaś impreza na terenie kampusu, na przykład rozgrywki softballa, i idę obejrzeć lub zagrać jakiś mecz.

TERAPEUTKA: To są znacznie lepsze zakończenia. Jak by się pani poczuła, gdyby wyobraziła sobie pani te rzeczy?

PACJENTKA: Lepiej. Ale skąd mam wiedzieć, czy tak się rzeczywiście stanie?

TERAPEUTKA: Cóż, przede wszystkim żadna z nas tak naprawdę nie wie, czy rzeczywiście będzie pani siedzieć przy biurku i płakać. Wiemy natomiast na pewno, że *wyobrażanie* sobie tej sceny wywołuje obecnie u pani smutek. Poza tym może mogłybyśmy porozmawiać, co zrobić, aby to lepsze zakończenie było bardziej prawdopodobne. Co może pani zrobić, żeby zadzwoniła do pani przyjaciółka, ktoś z akademika zapukał do drzwi lub mogła pani wziąć udział w jakiejś imprezie?

Zmiana wyobrażenia w tym przypadku prowadzi do produktywnej dyskusji obejmującej rozwiązywanie problemów.

Niektóre wyobrażenia można zmienić w sposób bardziej „magiczny". Taka zmiana zazwyczaj także prowadzi do złagodzenia cierpienia i pozwala pacjentowi postępować w bardziej skuteczny sposób. Oto przykład takiej zmiany:

TERAPEUTKA: [podsumowuje, za pomocą własnych słów Sally] A zatem wyobraża sobie pani swojego profesora, który stoi nad panią, robi gniewną minę, mówi szorstkim głosem, tupie nogą i jest apodyktyczny, i to wyobrażenie wywołuje w pani silny lęk?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Chciałaby pani zmienić ten obraz? Wyobrazić sobie profesora inaczej?

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: Jak?

TERAPEUTKA: Nie wiem... Może jako trzylatka w napadzie dziecięcej złości. Czy może sobie pani wyobrazić, że profesor kurczy się do rozmiarów dziecka, ale nadal ma gniewną minę i tupie nogą?

PACJENTKA: (*uśmiecha się*) Tak.

TERAPEUTKA: Proszę mi go dokładnie opisać (*pacjentka to robi*). I jak się pani teraz czuje? Taki sam lęk?

PACJENTKA: Nie, mniejszy.

TERAPEUTKA: Czy lęk zmniejszył się na tyle, że może się pani umówić z nim na konsultacje?

PACJENTKA: Chyba tak.

TERAPEUTKA: Omówmy to, co przed chwilą zrobiłyśmy. Rozpoczęłyśmy od tego, jak wyobraziła sobie pani profesora. Wydawało się, że wyobrażenie to wywołuje tak silny lęk, że powstrzymuje panią przed zrobieniem tego, co musi pani zrobić – umówieniem się na konsultacje. Następnie przejęła pani kontrolę nad wyobrażeniem, zmieniając je, i lęk się obniżył na tyle, że może pani się z nim spotkać. Technikę tę nazywamy „zmianą wyobrażenia".

Konfrontowanie wyobrażenia z rzeczywistością

Za pomocą tej techniki terapeuta uczy pacjenta traktować wyobrażenie tak jak werbalną myśl automatyczną, wykorzystując standardowy dialog sokratejski.

TERAPEUTKA: A zatem wyobraziła sobie pani, że marszczę brwi i patrzę na panią z dezaprobatą, gdy usłyszałam od pani o niewykonaniu części pracy osobistej?

PACJENTKA: (*kiwa głową*).

TERAPEUTKA: Jakie ma pani dowody, że zmarszczyłabym brwi i patrzyłabym na panią z dezaprobatą? Czy ma pani jakieś dowody na poparcie tego, że mogłabym się zachować inaczej?

W innej sytuacji terapeuta uczy Sally, jak porównać spontaniczne wyobrażenie z tym, co rzeczywiście się dzieje.

PACJENTKA: Wczoraj późnym wieczorem byłam w czytelni i wyobraziłam sobie, że budynek zupełnie opustoszał. Zobaczyłam, że nagle robi mi się niedobrze, mdleję i nie ma nikogo, kto mógłby mi pomóc.

TERAPEUTKA: Czy to prawda, że czytelnia była zupełnie pusta?

PACJENTKA: Nie. Robiło się późno, niedługo mieli zamykać, ale wokół kręciło się jeszcze kilka osób.

TERAPEUTKA: W porządku. W przypadku takiego wyobrażenia, kiedy spontanicznie wyobraża sobie pani, że coś się dzieje w danym momencie, może pani skonfrontować ten obraz z rzeczywistością. Może pani zadać sobie pytanie: „Czy czytelnia rzeczywiście opustoszała? Czy rzeczywiście robi mi się w tej chwili słabo?". Gdyby wczoraj wiedziała pani, że może tak zrobić, jaki pani zdaniem miałoby to wpływ na pani nastrój?

PACJENTKA: Byłabym mniej zdenerwowana.

Ogólnie biorąc, w pracy nad wyobrażeniami lepiej jest korzystać z technik wyobrażeniowych niż z zaproponowanych wyżej technik werbalnych. Pacjenci, którzy często miewają żywe, nieprzyjemne wyobrażenia, odniosą jednak korzyść z użycia rozmaitych metod. Czasami przydatna okazuje się werbalna technika konfrontowania wyobrażenia z rzeczywistością.

Powtarzanie wyobrażenia

Technika ta bywa skuteczna wówczas, gdy pacjent wyraźnie wyobraża sobie wyolbrzymione skutki jakiejś sytuacji. Terapeuta proponuje, aby pacjent powtarzał pierwotne wyobrażenie wiele razy i obserwował, czy samo wyobrażenie i związany z nim poziom dolegliwości psychicznych ulegają zmianie. Niektórzy pacjenci wydają się automatycznie konfrontować je z rzeczywistością, a wraz z każdym kolejnym powtórzeniem ich wyobrażenia stają się bardziej realistyczne i towarzyszy im mniejsza dysforia.

TERAPEUTKA: W porządku, a zatem wyobraziła sobie pani, że prosi profesora o przedłużenie terminu oddania pracy i profesor najwyraźniej się zdenerwował, nachylił się nad panią i gwałtownie machał rękami, krzycząc: „Jak pani śmie! Wiedziała pani, kiedy jest ostateczny termin! Proszę natychmiast wyjść!".

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: Czy może sobie pani to znowu wyobrazić? Proszę zacząć od tego samego momentu. Zobaczymy, co się stanie.

Scanned by CamScanner

PACJENTKA: *(zamyka oczy).*
TERAPEUTKA: Koniec? I co się stało?
PACJENTKA: Zdenerwował się. Nakrzyczał na mnie i kazał wyjść.
TERAPEUTKA: Czy tym razem machał rękami i nachylał się nad panią?
PACJENTKA: Nie. Tylko wstał i oparł się rękami o biurko.
TERAPEUTKA: Dobrze. Proszę jeszcze raz wyobrazić sobie tę sytuację.

Proszę Sally o wyobrażenie sobie tej samej sceny trzy lub cztery razy. W miarę kolejnych powtórzeń jej wyobrażenie znacznie się zmienia: na koniec profesor odchyla się do tyłu w swoim fotelu, patrzy na Sally z irytacją i odmawia w sposób może mało uprzejmy, ale nie groźny. Lęk Sally znacznie się zmniejsza.

Zastępowanie wyobrażeń

Zastępowanie przykrych wyobrażeń bardziej przyjemnymi zostało szeroko opisane w innych pracach (np. Beck i Emery, 1985). Technikę tę również należy regularnie ćwiczyć, aby pacjent mógł się uwolnić od spontanicznych wyobrażeń budzących lęk lub przygnębienie.

TERAPEUTKA: Innym sposobem radzenia sobie z tego rodzaju nieprzyjemnym wyobrażeniem jest zastąpienie go innym. Niektóre osoby lubią myśleć, że przykre wyobrażenie to obraz na ekranie telewizora. Następnie wyobrażają sobie, że zmieniają kanał i widzą siebie w innej scenie, na przykład leżą na plaży, spacerują po lesie lub przywołują miłe wspomnienie. Czy chciałaby pani wypróbować tę technikę? Najpierw wyobrazi sobie pani jakąś przyjemną sytuację możliwie najbardziej szczegółowo, za pomocą jak największej liczby zmysłów. Następnie poćwiczy pani przełączenie się z wyobrażenia przykrego na przyjemne. Jaką miłą scenę chciałaby pani sobie wyobrazić?

WYWOŁYWANIE WYOBRAŻEŃ JAKO NARZĘDZIE TERAPEUTYCZNE

Niekiedy zamiast pomagać pacjentowi w reagowaniu na spontaniczne wyobrażenie, terapeuta będzie *wywoływał* u niego wyobrażenie. Przykładem może być próba w wyobraźni, która ma na celu odkrycie trudności związanych z wykonywaniem pracy osobistej (strony 326–328). Poniżej zostaną opisane trzy inne techniki oparte na wywoływaniu wyobrażeń.

Wypróbowanie metod radzenia sobie w wyobraźni

Terapeuta wykorzystuje tę technikę, aby pomóc pacjentowi w przećwiczeniu w wyobraźni strategii radzenia sobie. Technika ta różni się od „radzenia sobie w wyobrażeniu", które dotyczy spontanicznych wyobrażeń.

TERAPEUTKA: W porządku, przewiduje pani trudności z wygłoszeniem referatu podczas zajęć.
PACJENTKA: Tak.
TERAPEUTKA: Kiedy po raz pierwszy zauważy pani narastający lęk?
PACJENTKA: Rano, zaraz po przebudzeniu.
TERAPEUTKA: Jakie myśli przyjdą pani do głowy?
PACJENTKA: Że wszystko pomieszam. Wyobrażę sobie, jak się jąkam i nie mogę wydobyć z siebie słowa.
TERAPEUTKA: Na zajęciach?
PACJENTKA: Tak.
TERAPEUTKA: W porządku, co mogłaby pani zrobić?
PACJENTKA: Powiedzieć sobie, że mam się rozluźnić. Przypomnieć sobie, że długo ćwiczyłam wygłaszanie tego referatu.
TERAPEUTKA: Dobrze. Co potem?
PACJENTKA: Mogłabym wykonać ćwiczenie z kontrolowanym oddychaniem. To mnie trochę odpręża.
TERAPEUTKA: Czy może sobie pani wyobrazić, że to robi?
PACJENTKA: Tak.
TERAPEUTKA: Co dzieje się potem?
PACJENTKA: Czuję się trochę lepiej, ale nadal jestem zbyt zdenerwowana, żeby zjeść śniadanie. Biorę prysznic, ubieram się i przygotowuję do wyjścia.
TERAPEUTKA: Jakie myśli przychodzą pani do głowy?
PACJENTKA: Co się stanie, jeśli zdenerwuję się jeszcze bardziej?
TERAPEUTKA: Proszę sobie wyobrazić, że w drodze na zajęcia czyta pani kartę radzenia sobie [sporządzoną kilka minut wcześniej]. Czy może sobie pani wyobrazić, jak ją wyciąga i czyta?
PACJENTKA: Tak... chyba trochę mi to pomaga.
TERAPEUTKA: Kiedy zbliża się pani do sali, proszę wybiec myślą w przyszłość. Skończyła pani mówić i słucha następnej osoby... Jak się pani teraz czuje?
PACJENTKA: Trochę mi ulżyło. Nadal się martwię, ale już mniej.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: W porządku, teraz wchodzi pani do sali. Co dzieje się potem i co pani robi?

Pacjentka dalej ze szczegółami wyobraża sobie, jak w realistyczny sposób radzi sobie z tą sytuacją. Następnie zapisuje konkretne techniki, które jej zdaniem mogą być przydatne.

Nabieranie dystansu

Nabieranie dystansu to kolejna technika oparta na wywoływaniu wyobrażeń, która służy do złagodzenia dolegliwości psychicznych pacjenta i ukazania mu jego problemu z szerszej perspektywy. W poniższym przykładzie pomagam Sally zrozumieć, że jej trudności najprawdopodobniej kiedyś się skończą.

TERAPEUTKA: Wiem, że teraz jest w pani mało nadziei i przewiduje pani, że te problemy nigdy się nie skończą. Jak pani myśli, czy gdyby mogła pani sobie wyobrazić przezwyciężenie tego trudnego okresu, byłoby to pomocne?

PACJENTKA: Chyba tak. Ale trudno mi to sobie wyobrazić.

TERAPEUTKA: No cóż, zobaczmy. Może spróbowałaby pani wyobrazić sobie siebie za rok?

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Jak będzie wówczas wyglądało pani życie?

PACJENTKA: Nie wiem. Nie potrafię wybiegać myślą tak daleko w przyszłość.

TERAPEUTKA: Bądźmy zatem bardziej konkretne. O której się pani budzi? Gdzie pani jest?

PACJENTKA: Budzę się koło 8 lub 8.30. Pewnie mieszkam gdzieś poza kampusem.

TERAPEUTKA: Sama?

PACJENTKA: Może z innymi studentami – ludźmi z mojego piętra w akademiku. Rozmawialiśmy o tym, żeby coś razem wynająć.

TERAPEUTKA: Dobrze. Budzi się pani. Co dzieje się potem?

PACJENTKA: Prawdopodobnie biegnę na zajęcia. Zajmie mi to więcej czasu, skoro nie mieszkam w akademiku.

TERAPEUTKA: Czy przed wyjściem spotyka się pani z jakimś współlokatorem? Idzie pani na zajęcia sama czy z którymś z nich?

PACJENTKA: Nie wiem.

TERAPEUTKA: No cóż, to pani wyobrażenie. Pani decyduje.

PACJENTKA: Dobrze. Chętniej poszłabym z kimś.

TERAPEUTKA: O czym rozmawiacie po drodze? A może milczycie?

PACJENTKA: Nie... Rozmawialibyśmy o szkole i znajomych. Coś w tym rodzaju.

TERAPEUTKA: Co dzieje się potem?

PACJENTKA: Idę na zajęcia.

TERAPEUTKA: Do dużej sali wykładowej, tak jak w tym roku?

PACJENTKA: Nie, prawdopodobnie nie. W przyszłym roku zajęcia powinny się odbywać w mniejszych grupach.

TERAPEUTKA: Jak w pani wyobrażeniu mają wyglądać te zajęcia? Czy jest pani aktywna, czy siedzi cicho?

PACJENTKA: No cóż, mam nadzieję, że wtedy będę mieć więcej znajomych. Czułabym się lepiej. Nadal pewnie niewiele bym mówiła, ale może chętniej uczestniczyłabym w zajęciach.

TERAPEUTKA: Jak się pani czuje, wyobrażając sobie tę scenę?

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Może dokończy pani tę scenę w ramach pracy osobistej? Za każdym razem, kiedy pomyśli pani: „Nigdy z tego nie wyjdę", może spróbować pani wyobrazić sobie tę scenę i przekonać się, czy wpływa ona na pani nastrój.

PACJENTKA: Spróbuję.

TERAPEUTKA: Czy w wyobrażaniu sobie tej sceny chodzi tylko o siłę pozytywnego myślenia? Czy też rzeczywiście mogłaby pani coś zrobić, żeby tak się stało? Prawdę mówiąc, czy nie podjęła już pani pewnych działań w tym celu?

PACJENTKA: Tak, to prawda.

Inna technika nabierania dystansu pomaga pacjentowi w poradzeniu sobie z wyobrażonymi następstwami katastrofy. Wspomniana wcześniej Marie obawia się, że w razie jej śmierci dzieci będą już zawsze zdruzgotane. Terapeuta prosi ją o wyobrażenie sobie prawdopodobnego nasilenia ich rozpaczy w różnych momentach życia – nie tylko zaraz po wypadku. (Technika ta przypomina wybieganie w przyszłość, uwzględnia jednak upływ czasu liczony w *latach*, a nie minutach, godzinach czy dniach).

TERAPEUTKA: Kto w pani wyobrażeniu mówi dzieciom o pani śmierci?

PACJENTKA: Mąż.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Jak to robi?

PACJENTKA: (*łkając*) Bierze je w ramiona. Mówi: „Był wypadek. Mama odeszła".

TERAPEUTKA: Co się dzieje potem?

PACJENTKA: Dzieci na początku w to nie wierzą. Zaczynają płakać i mówią: „To nieprawda, chcemy do mamy".

TERAPEUTKA: Są zrozpaczone?

PACJENTKA: Tak. Bardzo.

TERAPEUTKA: (*czeka chwilę*) Czy może pani trochę wybiec myślą w przyszłość? Minęło pół roku. Co się teraz dzieje? Czy widzi pani dzieci?

PACJENTKA: Są w szkole. Mają smutne twarze. Nie wiedzą, co mają myśleć. Czują pustkę.

TERAPEUTKA: Jak bardzo źle się czują?

PACJENTKA: Ciągle bardzo źle.

TERAPEUTKA: Czy możemy przeskoczyć dwa lata w przód? Ile mają teraz lat?

PACJENTKA: Melissa ma osiem, a Linda sześć.

TERAPEUTKA: Co robią?

PACJENTKA: Bawią się w ogródku. To nasz dom. Nie sądzę, żeby mąż się wyprowadził.

TERAPEUTKA: W co się bawią?

PACJENTKA: Skaczą przez skakankę z dziećmi sąsiadów.

TERAPEUTKA: Jak czują się teraz?

PACJENTKA: Dobrze, kiedy o mnie nie myślą.

TERAPEUTKA: A kiedy myślą?

PACJENTKA: (*łzy napływają jej do oczu*) Czasami jeszcze płaczą. Nadal nie wiedzą, jak sobie z tym radzić.

TERAPEUTKA: Są równie zrozpaczone, jak wtedy gdy się dowiedziały o pani śmierci?

PACJENTKA: Nie. Mniej.

Terapeuta delikatnie prowadzi Marie przez kolejne wyobrażenia – 5, 10 i 20 lat po jej wyimaginowanej śmierci. W trakcie ćwiczenia Marie zauważa, że rozpacz, jaką na początku czują córeczki, w końcu ustaje i przechodzi w okresy smutku, z którymi potrafią sobie radzić. Wyobrażenie sobie ze szczegółami, że jej córki dorastają i zakładają własne rodziny, znacznie obniża lęk Marie przed śmiercią w wypadku samochodowym.

Zmniejszanie poczucia zagrożenia

Trzeci rodzaj wywoływanych wyobrażeń ma umożliwić pacjentowi bardziej realistyczną ocenę rzeczywistego zagrożenia. Na przykład zachęciłam Sally, aby zmodyfikowała swoje wyobrażenie dotyczące wygłaszania referatu na zajęciach, dodając do niego pełne zachęty twarze koleżanek i kolegów w sali. Inna pacjentka, która obawiała się cesarskiego cięcia, wyobraziła sobie urządzenia służące ratowaniu życia oraz zatroskane twarze pielęgniarki i lekarza na sali operacyjnej.

Jak widać, wielu, o ile nie większość, pacjentów doświadcza automatycznych myśli w formie spontanicznych wyobrażeń. Aby pomóc im w ich rozpoznaniu, często potrzebne są uporczywe (choć nie natarczywe) pytania. Pacjentom, którzy często miewają nieprzyjemne wyobrażenia, pomaga systematyczne stosowanie kilku technik opartych na wyobrażeniach. Oprócz tego wyobrażenia można wywoływać dla różnych celów terapeutycznych.

Scanned by CamScanner

ROZDZIAŁ 17

PRACA OSOBISTA

Praca osobista jest nieodłączną częścią terapii poznawczo-behawioralnej (Beck i in., 1979). Wielu badaczy zajmujących się tą terapią stwierdziło, że u pacjentów wykonujących zadania następuje większa poprawa niż u tych, którzy tego nie robią (np. Kazantzis, Whittington i Datillio, 2010; Neimeyer i Feixas, 1990; Persons, Burns i Perloff, 1988). Dzięki pracy osobistej pacjent będzie miał szanse na zmianę poznawczą i behawioralną *w ciągu całego tygodnia*. Terapeuta już na pierwszej sesji przygotowuje pacjenta do osobistego wykonywania zadań poza gabinetem.

TERAPEUTKA: Myślę, że warto byłoby, aby codziennie to pani przeczytała [stwierdzenia na temat tego, że pacjentka nie jest leniwa, ale ma depresję]. Czy mogłaby pani to zrobić?

PACJENTKA: Tak, chyba tak.

TERAPEUTKA: W istocie powtarzanie sobie ważnych rzeczy, o których rozmawiałyśmy na sesji, to jeden ze sposobów przezwyciężenia depresji. Innym sposobem jest zmiana pewnych rzeczy, które pani robi. Odkryliśmy, że nie wystarczy samo chodzenie do terapeuty i rozmawianie z nim. Codziennie trzeba dokonywać drobnych zmian w swoim myśleniu i zachowaniu.

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Zawsze jednak będziemy się upewniać, czy pani zdaniem zmiany te są dobrym pomysłem i czy będzie pani w stanie ich dokonać. Jak powinniśmy nazwać te zmiany? Zadaniem domowym? Planem działania? Jeszcze inaczej?

PACJENTKA: Chyba zadaniem domowym.

TERAPEUTKA: W porządku, chciałabym jednak, aby pani pamiętała, że to nie to samo co szkolne zadanie domowe. Jest to zadanie, które musi *pani* uważać za pomocne, które opracujemy razem, tylko dla pani.

Dobre zadania dają pacjentowi okazję do dalszej edukacji (np. przez biblioterapię), zbierania informacji (np. przez obserwowanie swoich myśli, uczuć i zachowań), weryfikowania prawdziwości swoich myśli i przekonań, zmiany sposobu myślenia, przećwiczenia strategii poznawczych i behawioralnych oraz eksperymentowania z nowymi zachowaniami. Praca osobista może pomóc w maksymalnym wykorzystaniu umiejętności nabytych podczas sesji terapeutycznej i przyczynić się do wzrostu poczucia własnej skuteczności u pacjenta.

Wielu pacjentów wykonuje zadania stosunkowo chętnie i bez trudu, ale niektóre osoby mają z tym kłopoty. Należy pamiętać, że nawet najbardziej doświadczeni terapeuci mają od czasu do czasu trudności z pacjentami, którzy mimo starannych przygotowań rzadko wykonują jakiekolwiek zadania *pisemne*. Niemniej terapeuta powinien na początku założyć, że każdy pacjent (chyba że poziom jego funkcjonowania jest bardzo niski) wykona właściwie zaplanowane zadanie. Aby zwiększyć prawdopodobieństwo, że pacjent zastosuje się do poleceń, należy pamiętać o:

- Dopasowaniu zadań do indywidualnych potrzeb pacjentów.
- Podaniu rozsądnego uzasadnienia.
- Ujawnieniu potencjalnych przeszkód.
- Zmodyfikowaniu odpowiednich przekonań.

Niniejszy rozdział został podzielony na cztery części:

1. Ustalanie pracy osobistej.
2. Zwiększanie prawdopodobieństwa wykonania zadań w ramach pracy osobistej.
3. Konceptualizacja problemów.
4. Omawianie wykonanych zadań.

USTALANIE ZADAŃ DOMOWYCH

Nie istnieje żaden gotowy przepis na to, jak wyznaczać pracę osobistą. Zadania należy raczej dopasowywać do indywidualnych potrzeb pacjenta. Jak terapeuta rozstrzyga, co zaproponować pacjentowi? Zależy to od tematów poruszanych w czasie sesji, na co wpływ ma z kolei ogólny plan leczenia oraz cele pacjenta. Należy wziąć pod uwagę

Scanned by CamScanner

indywidualne cechy pacjenta, m.in. umiejętność czytania i pisania, motywację i skłonność do wykonywania poleceń, obecny poziom stresu i funkcjonowanie (poznawcze, emocjonalne i behawioralne), a także ograniczenia praktyczne (np. czas).

Na początku terapii inicjatywa w ustalaniu zadań zwykle jest po stronie terapeuty, ale możliwie jak najszybciej zaczyna on prosić pacjenta o podawanie własnych pomysłów (np. „Omówiliśmy problem ze współlokatorką. O czym, pani zdaniem, warto byłoby pamiętać w tym tygodniu? Co warto byłoby zrobić?"). Pacjenci, którzy regularnie wyznaczają sobie zadania pod koniec terapii, częściej nadal to robią po jej zakończeniu.

Poniżej przedstawiono typowe zadania, a następnie próbkę zadań Sally. Pod koniec tej części rozdziału zamieszczono wskazówki, jak zwiększyć prawdopodobieństwo wykonania pracy osobistej.

Typowe zadania w ramach pracy osobistej

Typowe zadania omówiono poniżej:

1. *Aktywizacja behawioralna*. Niezbędne jest wyciągnięcie nieaktywnych pacjentów z depresją z łóżka lub sofy i ułatwienie im powrotu do normalnych zajęć (lub znalezienia nowych). Planowanie zajęć przynosi korzyści także innym pacjentom.
2. *Obserwowanie myśli automatycznych*. Już od pierwszej wizyty terapeuta będzie zachęcał pacjenta, aby – ilekroć zauważy u siebie zmianę nastroju – zadawał sobie pytanie: „Jakie myśli przychodzą mi teraz do głowy?", i powtarzał sobie, że jego myśli mogą, ale nie muszą być prawdziwe. Na początku może zapisywać swoje myśli (w smartfonie, na komputerze lub po prostu w notesie, na kartce papieru czy na kartoniku). Terapeuta powinien poinformować pacjenta, że obserwowanie automatycznych myśli może prowadzić do pogorszenia samopoczucia, jeśli pacjent przyjmuje je bezkrytycznie, i że przeprowadzi razem z nim procedurę rozwiązywania problemów, jeśli jego myśli okażą się prawomocne.
3. *Weryfikowanie i podważanie automatycznych myśli*. Na niemal każdej sesji terapeuta będzie pomagał pacjentowi w modyfikowaniu nieadekwatnych i dysfunkcjonalnych myśli oraz zachęcał go do zapisywania nowych. Zasadnicze zadanie będzie polegało na systematycznym czytaniu tych notatek z terapii. Pacjent nauczy się także weryfikowania swoich myśli i będzie to ćwiczył pomiędzy sesjami.
4. *Rozwiązywanie problemów*. Na niemal każdej sesji terapeuta będzie pomagał pacjentowi w wymyślaniu rozwiązań jego problemów, a pomiędzy sesjami pacjent będzie wprowadzał te rozwiązania w życie.

5. *Umiejętności behawioralne*. W celu skutecznego rozwiązania swoich problemów pacjent będzie niekiedy musiał się nauczyć nowych umiejętności, a następnie przećwiczyć je w ramach pracy osobistej. Na przykład technik relaksacyjnych terapeuta mógłby uczyć pacjentów z zaburzeniami lękowymi, asertywności – pacjentów z lękiem społecznym, umiejętności organizacji czasu – pacjentów, którzy odnieśliby z nich korzyść.
6. *Eksperymenty behawioralne*. U niektórych pacjentów konieczne może być bezpośrednie przetestowanie prawomocności automatycznych myśli, które wydają się zniekształcone, takich jak: „Czuję się lepiej, jeśli zostaję w łóżku", „Moja współlokatorka wścieknie się, jeśli poruszę problem hałasowania", „Na spotkaniu nikt nie będzie chciał ze mną rozmawiać".
7. *Biblioterapia*. Ważne zagadnienia omawiane w czasie sesji można lepiej utrwalić, jeśli pacjent przeczyta o nich w książce. Warto go poprosić, aby podczas lektury zapisywał swoje reakcje – z czym się zgadza, a z czym nie, jakie ma pytania.
8. *Przygotowanie do następnego spotkania*. Początek każdej sesji terapeutycznej można znacznie przyspieszyć, jeśli przed wejściem do gabinetu pacjent zastanowi się nad tym, co ma ważnego do powiedzenia. Może mu w tym pomóc karta przygotowania do terapii (strona 109).

Próbka pracy osobistej Sally

Niektóre z wymienionych niżej zadań są przydatne dla niemal każdego pacjenta z depresją; inne są dostosowane do potrzeb tej konkretnej pacjentki.

Sesja 1

Przeczytaj tę listę dwa razy w ciągu dnia. Nastaw budzik, aby o tym nie zapomnieć.

1. Jeśli zacznę myśleć, że jestem leniwa i do niczego, powiem sobie, że cierpię na prawdziwą chorobę określaną jako depresja, która sprawia, że trudniej mi robić różne rzeczy. Gdy terapia zacznie działać, mój nastrój się poprawi i wszystko stanie się łatwiejsze.
2. Przeczytam listę celów i dodam do niej inne, jeśli jakiś przyjdzie mi do głowy.
3. Jeśli zauważę, że mój nastrój się pogarsza, zadam sobie pytanie: „Jakie myśli przyszły mi właśnie do głowy?", i zapiszę te myśli. Powiem sobie, że sam fakt, iż o czymś myślę, nie oznacza z konieczności, że jest to prawdą.

Scanned by CamScanner

4. Zaplanuję jakieś wspólne wyjście z Allison i Joem. Jeśli odmówią, będzie to oznaczało, że przypuszczalnie chcieliby ze mną wyjść, ale są zbyt zajęci.
5. Przeczytam broszurę *Coping with Depression* (nieobowiązkowe).

Sesja 2

1. Codziennie: Kiedy zauważę zmianę nastroju, zadam sobie pytanie: „Jakie myśli przychodzą mi do głowy w tej chwili?", i zanotuję automatyczne myśli (które mogą, ale nie muszą być całkowicie zgodne z prawdą).
2. Jeśli nie dam rady rozpoznać swoich automatycznych myśli, po prostu opiszę sytuację. Muszę pamiętać, że rozpoznawanie myśli jest umiejętnością, którą z czasem opanuję – tak jak opanowałam pisanie na klawiaturze.
3. Poproszę Seana o pomoc w zrozumieniu trzeciego rozdziału podręcznika do ekonomii.
4. Codziennie: Przeczytam notatki z terapii.
5. Nadal będę biegać/pływać.
6. Zaplanuję trzy wspólne zajęcia ze znajomymi.
7. Codziennie: Będę uzupełniać listę zasług (wpisując wszystko, co zrobiłam mimo trudności).
8. (Wtorek rano): Poświęć dwie minuty na zastanowienie się nad kartą przygotowania do terapii.

Sesja 3

1. Codziennie: Przeczytam notatki z terapii.
2. Codziennie: Kiedy zauważę zmianę nastroju, wykorzystam listę pytań i odpowiem na nie w myślach lub na piśmie.
3. Codziennie: Będę uzupełniać listę zasług.
4. Codziennie: Będę wypełniać kartę aktywności.
5. Zaproponuję Lisie, aby pouczyła się ze mną do egzaminu z chemii.
6. (Wtorek rano): Poświęć dwie minuty na zastanowienie się nad kartą przygotowania do terapii.

Sesja 4

1. Codziennie: Przeczytam notatki z terapii.
2. Codziennie: Kiedy zauważę zmianę nastroju, wypełnię pierwsze cztery kolumny zapisu myśli. W myślach odpowiem na pytania znajdujące się u dołu.
3. Codziennie: Lista zasług.
4. Codziennie: Będę wypełniać kartę aktywności.
5. Co najmniej trzy razy w tym tygodniu pójdę na spacer lub pobiegam.

6. Zaplanuję wspólne zajęcia z przyjaciółmi.
7. Zrobię to, co zaplanowałyśmy na karcie aktywności.
8. Porozmawiam z Jane o wieczornym hałasie.
9. (Wtorek rano): Poświęć dwie minuty na zastanowienie się nad kartą przygotowania do terapii.

Sesja 5

1. Codziennie: Przeczytam notatki z terapii.
2. Codziennie: Zapis myśli w pamięci lub na piśmie.
3. Codziennie: Lista zasług.
4. Codziennie: Będę wypełniać kartę aktywności.
5. Poproszę profesora z chemii o pomoc.

Sesja 6

1. Codziennie: Przeczytam notatki z terapii.
2. W razie potrzeby: Zapis myśli.
3. Codziennie: Lista zasług.
4. Zaplanuję zajęcia.
5. Zadzwonię do mamy i porozmawiam z nią o planach na wakacje.

Sesja 7

1. Codziennie: Przeczytam notatki z terapii.
2. W razie potrzeby: Zapis myśli.
3. Codziennie: Lista zasług.
4. Zaplanuję zajęcia.
5. Wygłoszę uwagę lub zadam pytanie na zajęciach.

Sesja 9

1. Codziennie: Notatki z terapii.
2. W razie potrzeby: Zapis myśli.
3. Codziennie: Lista zasług.
4. Zaplanuję zajęcia.
5. Wypełnię kartę przekonania kluczowego.
6. Poruszę problem bałaganu z Jane.
7. Pójdę na konsultacje do dra Smitha.

Sesja 12 (przedostatnia)

1. Zapis myśli na temat zakończenia terapii.
2. Uporządkuję notatki z terapii od samego początku.
3. Przejrzę notatki o sesji autoterapii.

Scanned by CamScanner

ZWIĘKSZANIE PRAWDOPODOBIEŃSTWA WYKONANIA PRACY OSOBISTEJ

Choć niektórym pacjentom proponowane zadania nie sprawiają trudności, dla innych mogą stanowić problem. Zastosowanie się do poniższych wskazówek zwiększy prawdopodobieństwo, że pacjent wykona pracę osobistą i doświadczy poprawy nastroju.

1. Dostosuj zadanie do indywidualnych potrzeb pacjenta. (Bądź pewny na 90–100%, że pacjent może wykonać i wykona zadanie). Lepiej zadawać zadania za proste niż zbyt trudne.
2. Uzasadnij, w jaki sposób i dlaczego dane zadanie może pacjentowi pomóc.
3. Ustal zadania wspólnie z pacjentem; poproś go o zgodę i uwagi.
4. Przedstaw pracę osobistą jako przedsięwzięcie, które zawsze się opłaca.
5. Rozpocznij zadania na sesji (jeśli to możliwe).
6. Pomóż pacjentowi wymyślić sposób przypominania o zadaniach.
7. Uprzedź możliwe problemy; w razie potrzeby przeprowadź próbę w wyobraźni.
8. Przygotuj się na możliwy negatywny wynik (gdy taka ewentualność może nastąpić).

Dostosowanie zadania do indywidualnych potrzeb

Dobrze wykonana praca osobista może przyspieszyć terapię oraz spowodować zwiększenie poczucia sukcesu i poprawę nastroju. Zamiast proponowania zadań według ustalonego z góry wzoru terapeuta powinien uwzględnić indywidualne cechy pacjenta (wspomniane we wprowadzeniu do tego rozdziału) oraz jego pragnienia.

Na przykład Matt nie zrozumiał modelu poznawczego na pierwszej sesji i, prawdę mówiąc, był nieco zirytowany, kiedy jego terapeuta (niemający jeszcze doświadczenia) nalegał, aby rozpoznał swoje automatyczne myśli. Powiedział terapeucie: „Nie rozumie pan. Nie *wiem*, jakie myśli przychodzą mi wtedy do głowy. Wiem jedynie, że jestem strasznie zdenerwowany". Zadanie polegające na zapisywaniu automatycznych myśli było na tym etapie terapii niewłaściwe. Z kolei inna pacjentka – Barbara – przeczytała kiedyś książkę na temat terapii poznawczo-behawioralnej i niezwykle sprawnie rozpoznawała swoje automatyczne myśli. W ramach pierwszego zadania miała wypełniać pierwsze cztery kolumny zapisu myśli, ilekroć coś ją zmartwiło.

Chociaż rodzaj zadania jest ważny, istotna jest również jego *ilość*. Sally była zmotywowaną pacjentką, przyzwyczajoną do zadań domowych, gdyż nadal się uczyła. Pomiędzy sesjami mogła z łatwością osiągnąć znacznie więcej niż Matt, który cierpiał na ciężką depresję i skończył naukę wiele lat temu.

Trzeci krok w dostosowaniu zadania do indywidualnych potrzeb pacjenta polega na podzieleniu zadań na etapy, z którymi pacjent łatwiej sobie poradzi. Na przykład może to być przeczytanie jednego rozdziału popularnej książki o terapii poznawczo-behawioralnej lub podręcznika szkolnego, uzupełnienie pierwszych czterech kolumn zapisu myśli, przeznaczenie 10–15 minut na zapłacenie rachunków, zrobienie tylko jednego prania oraz spędzenie jedynie pięciu minut w supermarkecie.

Przed wyznaczeniem zadania należy przewidzieć potencjalne trudności. Pewną wskazówką może tu być diagnoza pacjenta oraz jego styl osobowości. Na przykład pacjent pogrążony w głębokiej depresji na początku zapewne odniesie największe korzyści z zadań behawioralnych (w odróżnieniu od poznawczych). Z kolei pacjent unikający cofnie się przed zadaniami behawioralnymi, które w jego mniemaniu stanowią ogromne wyzwanie i mogą wywołać silną dysforię. Pacjent, którego dręczy lęk i uczucie przytłoczenia, może się czuć niezdolny do wykonania *jakiegokolwiek* zadania, jeśli terapeuta zaproponuje zbyt wiele. Dlatego znacznie mniej poważne konsekwencje ma wyznaczenie zadań, które są nieco zbyt proste. Niewykonanie zadania lub wykonanie go nieprawidłowo często wywołuje w pacjentach samokrytycyzm i poczucie beznadziejności.

Uzasadnienie

Pacjenci chętniej wykonują wyznaczone zadania, jeśli rozumieją, dlaczego mają to robić. W następujący sposób zapoznaję Sally z zadaniem:

TERAPEUTA: Badania wykazują, że aktywność fizyczna często pomaga ludziom w zmniejszeniu depresji. Co pani sądzi o pospacerowaniu lub pobieganiu kilka razy w tym tygodniu?

Na początku terapeuta przedstawi krótkie uzasadnienie, a na późniejszych etapach terapii będzie zachęcał pacjenta do zastanowienia się nad celem określonego zadania, na przykład: „Po co miałaby pani pytać koleżankę z pokoju o plany na nadchodzący weekend?" lub „Dlaczego dalsze wypełnianie listy zasług mogłoby być dobrym pomysłem?". Warto także podkreślić, że praca osobista jest niezbędną częścią terapii:

TERAPEUTA: Poprawa następuje poprzez codzienne dokonywanie niewielkich zmian w sposobie myślenia i zachowania.

Scanned by CamScanner

Wspólne ustalanie zadań

Najlepiej byłoby, gdyby pacjent sam wyznaczał sobie pracę osobistą, ale na początku terapii on nie wie, które zadania są dla niego korzystne. Dlatego terapeuta będzie przedstawiał swoje propozycje i upewniał się, że pacjent się na nie zgadza: „Co pani sądzi o tym, żeby poprosić szefa o wolne?", „Czy myśli pan, że przeczytanie karty radzenia sobie przed wyjściem z domu mogłoby pomóc?", „Czy chce pani wypróbować w tym tygodniu tę technikę? , „Myślę, że jeśli zaraz po obudzeniu weźmie pan prysznic, udowodni pan sobie, że może pan zapanować nad swoim zachowaniem. Co pan o tym sądzi? Czy chciałby pan tego spróbować?". Jeśli pacjent się waha lub wyraża sceptycyzm, terapeuta będzie musiał dalej go przygotowywać. Albo będzie wydobywał od niego myśli automatyczne i pomagał mu w ich podważeniu, albo wyznaczy mu znacznie łatwiejsze zadania.

W miarę postępów terapii terapeuta będzie zachęcać pacjenta do wymyślania własnych zadań. „Co chciałaby pani zrobić w tym tygodniu w tej sprawie?", „Co mógłby pan zrobić w tym tygodniu, jeśli zacznie pan odczuwać trudny do zniesienia lęk?", „Jak poradzi sobie pani z tym problemem, jeśli się pojawi?".

Przedstawianie pracy osobistej jako przedsięwzięcia, które zawsze się opłaca

Kiedy terapeuta po raz pierwszy wyznacza pacjentowi zadania, powinien podkreślić, że istotne informacje można uzyskać nawet wówczas, gdy pacjentowi nie uda się wykonać pracy osobistej. Dzięki temu ograniczy ryzyko samokrytycznego myślenia i przygnębienia u pacjenta, który nie wykona zadań:

TERAPEUTA: Jeśli wykona pani tę pracę osobistą, to świetnie. Ale jeśli pojawią się jakieś trudności, to nie szkodzi – niech pani tylko spróbuje ustalić myśli, które pani przeszkadzają, a w przyszłym tygodniu porozmawiamy o nich. Dobrze?

Czasami pacjenci nie wykonują znacznej części pracy osobistej przez dwa tygodnie z rzędu lub wykonują je tuż przed następną sesją (zamiast codziennie). W takich przypadkach terapeuta powinien odkryć psychologiczne lub praktyczne przeszkody oraz podkreślić znaczenie pracy osobistej, zamiast dalej przedstawiać ją jako przedsięwzięcie, które zawsze się opłaca.

Rozpoczynanie pracy osobistej na sesji

Jeśli to możliwe, należy skłonić pacjenta do rozpoczęcia zadań od razu w trakcie sesji – będzie dużo bardziej prawdopodobne, że dokończy je w domu. Kontynuowanie zadania jest dużo łatwiejsze niż jego rozpoczęcie. Jest to szczególnie ważne, ponieważ pacjenci często stwierdzają, że w pracy osobistej najtrudniejszy jest okres *tuż przed* jej rozpoczęciem, czyli zmotywowanie się do podjęcia działania. Jeśli terapeuta także niekiedy ma trudności z rozpoczęciem zadania (np. ze zmuszeniem się do wykonania papierkowej roboty, zapłacenia podatków lub rozpoczęciem ćwiczeń fizycznych), ale jest mu łatwiej po kilku minutach, może opowiedzieć o swoich doświadczeniach pacjentowi. Dzięki temu znormalizuje jego trudności i da mu wzór do naśladowania, o którym może pomyśleć, kiedy będzie zwlekał z wykonaniem zadania.

Przypominanie o zadaniach

Niezbędne jest, aby w każdym tygodniu, począwszy od pierwszej sesji, terapeuta lub pacjent zapisywał zadania. Należy zapytać pacjenta, gdzie będzie trzymał listę zadań (lub notes z zapisanymi zadaniami) i jakie jest jego zdaniem ryzyko, że w jakiś dzień tygodnia zapomni spojrzeć na listę. Jeśli jest to choćby trochę prawdopodobne, terapeuta może zaproponować kilka strategii:

- Połączenie zadania z inną codziennie wykonywaną czynnością (np. „Co pan sądzi o wyciąganiu karty aktywności w porze posiłku i tuż przed snem?").
- Przyklejenie notatek na lodówce, na lustrze w łazience lub na desce rozdzielczej w samochodzie.
- Wykorzystanie terminarza, smartfonu lub komputera do przypominania o zadaniu.
- Poproszenie innej osoby, aby przypominała o zadaniu.

Można także zapytać pacjenta, jakich używa sposobów, aby pamiętać o innych zaplanowanych czynnościach, na przykład o przyjmowaniu leku.

Uprzedzanie problemów

W celu maksymalnego zwiększenia prawdopodobieństwa, że zaproponowane zadania zostaną wykonane przez pacjenta, terapeuta powinien rozważyć następujące kwestie:

Scanned by CamScanner

- Czy liczba i stopień trudności zadań wyznaczonych pacjentowi są dla niego rozsądne, czy też mogą być przytłaczające?
- Czy praca osobista jest powiązana z celami pacjenta?
- Jakie jest prawdopodobieństwo, że pacjent rzeczywiście ją wykona?
- Jakie praktyczne problemy mogą mu w tym przeszkodzić (czas, energia, okazja)?
- Jakie myśli mogą mu w tym przeszkodzić?

Najważniejsze pytanie, jakie w tym kontekście należy zadać pacjentowi, brzmi:

Jakie jest prawdopodobieństwo, że pan/pani to zrobi, w skali od 0 do 100%?

Jeśli pacjent nie ma prawie stuprocentowej pewności, terapeuta może wykorzystać jedną lub kilka poniższych strategii:

1. Próba w wyobraźni.
2. Zmiana zadania.
3. Intelektualno-emocjonalne odgrywanie ról.

Te strategie opisano poniżej

Próba w wyobraźni

Próba w wyobraźni, zilustrowana poniżej, wykorzystuje wywołane wyobrażenia do odkrycia i rozwiązania potencjalnych problemów związanych z zadaniem.

TERAPEUTKA: Czy coś może pani przeszkodzić w tym, aby pójść do asystenta i poprosić go o pomoc?

PACJENTKA: Nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: [skłania pacjentkę do podania konkretnej daty i podjęcia zobowiązania] Kiedy mogłaby pani do niego pójść?

PACJENTKA: Chyba w piątek rano. Wtedy ma konsultacje.

TERAPEUTKA: Czy może sobie pani wyobrazić, że teraz jest piątkowy ranek? Czy może sobie pani wyobrazić, że mówi pani do siebie: „Naprawdę powinnam pójść na konsultacje do asystenta"?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: [pyta o szczegóły, aby pacjentce łatwiej było zwizualizować tę scenę i dokładnie rozpoznać swoje myśli i emocje] Gdzie pani jest?

PACJENTKA: W moim pokoju.

TERAPEUTKA: Co pani robi?

PACJENTKA: Właśnie skończyłam się ubierać.

TERAPEUTKA: I jak się pani czuje?

PACJENTKA: Chyba jestem trochę zdenerwowana.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przychodzą pani do głowy?

PACJENTKA: Nie chcę tam iść. Może po prostu jeszcze raz przeczytam ten rozdział.

TERAPEUTKA: I jak pani zareaguje na te myśli?

PACJENTKA: Nie wiem.

TERAPEUTKA: Czy chce pani sobie powiedzieć, że jest to tylko eksperyment, że nie będziemy wiedzieć, co się stanie, dopóki pani nie pójdzie? Że jeśli asystent pani nie pomoże, razem wymyślimy plan B?

PACJENTKA: Tak, chyba tak.

TERAPEUTKA: Czy pomogłoby zapisanie tego na karcie radzenia sobie, którą mogłaby pani przeczytać kilka razy przed piątkiem?

PACJENTKA: Prawdopodobnie.

TERAPEUTKA: W porządku. Proszę sobie teraz wyobrazić, że jest pani ubrana i myśli pani: „Zamiast pójść na konsultacje, jeszcze raz przeczytam rozdział". Co się teraz dzieje?

PACJENTKA: Myślę: „Zaraz, zaraz... To ma być eksperyment. Gdzie moja karta radzenia sobie?".

TERAPEUTKA: O, gdzie ona jest?

PACJENTKA: Znając siebie, będę musiała jej trochę poszukać.

TERAPEUTKA: Czy jest jakieś miejsce, w którym mogłaby ją pani położyć zaraz po powrocie z dzisiejszej sesji?

PACJENTKA: Nie chcę, żeby ją zobaczyła moja współlokatorka... Mogę ją włożyć do dolnej szuflady biurka.

TERAPEUTKA: W porządku. I jeśli już przeczyta ją pani w środę i czwartek, to prawdopodobnie zapamięta pani, gdzie ona jest. Czy może sobie pani wyobrazić, że wyciąga pani kartę i ją czyta?

PACJENTKA: Tak.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Co się teraz dzieje?

PACJENTKA: Prawdopodobnie przypominam sobie, dlaczego *powinnam* pójść, ale nadal nie mam na to ochoty. Więc najpierw postanawiam posprzątać pokój.

TERAPEUTKA: Co może sobie pani teraz powiedzieć?

PACJENTKA: Że równie dobrze mogę pójść i mieć to wreszcie za sobą. Że asystent naprawdę może mi pomóc. Że jeśli zacznę sprzątać pokój, to może w ogóle nie pójdę.

TERAPEUTKA: Dobrze. Co dzieje się potem?

PACJENTKA: Idę.

TERAPEUTKA: A potem?

PACJENTKA: Jestem już w gabinecie asystenta. Zadaję mu pytanie. Nie wszystko rozumiem. Mówię, z czym mam kłopot. Prawdopodobnie mi pomaga, przynajmniej trochę.

TERAPEUTKA: Jak się pani czuje w tym momencie?

PACJENTKA: Lepiej.

Tego rodzaju próba w wyobraźni pomaga terapeucie odkryć, jakie praktyczne przeszkody i dysfunkcjonalne myśli mogą utrudnić wykonanie pracy osobistej.

Zmiana zadania

Zmiana zadania może być wskazana, jeśli terapeuta stwierdzi, że dane zadanie *jest* nieodpowiednie lub próba w wyobraźni nie była dość skuteczna. O wiele lepiej jest zaproponować zamiast tego zadanie łatwiejsze, które pacjent prawdopodobnie wykona, niż wyrobić w nim nawyk niewywiązywania się ze zobowiązań podjętych w czasie sesji.

TERAPEUTKA: Nie jestem pewien, czy jest pani na to gotowa [lub: Nie jestem pewna, czy to zadanie jest odpowiednie]. Jak pani sądzi? Czy chce pani spróbować, czy też woli pani poczekać do następnego razu?

Terapeuta może także wspólnie z pacjentem postanowić, że pewne zadania będą nieobowiązkowe lub że będą miały mniejszą częstotliwość bądź też krótszy czas trwania. Będzie o wiele lepiej, jeśli pacjent wykona mniej pracy osobistej, niż gdyby miał nie wykonać jej wcale.

Intelektualno-emocjonalne odgrywanie ról

Intelektualno-emocjonalne odgrywanie ról może pomóc w zmotywowaniu pacjenta, który nie chce wykonać ważnego, zdaniem terapeuty, zadania. Techniki tej nie stosuje się na początku terapii, gdyż może być postrzegana jako dość trudna.

TERAPEUTKA: Nadal nie jestem pewna, czy naprawdę wyciągnie pani kartę radzenia sobie, żeby się zmobilizować i pójść do asystenta.

PACJENTKA: Pewnie nie.

TERAPEUTKA: W porządku, a może przeprowadzimy intelektualno-emocjonalne odgrywanie ról? Już to wcześniej robiłyśmy. Ja będę intelektualną częścią pani umysłu, a pani – emocjonalną. Proszę starać się mnie przekonać do swoich racji najlepiej, jak pani potrafi. W ten sposób poznam wszystkie argumenty, jakich pani używa, żeby nie czytać kart radzenia sobie i nie zacząć się uczyć. Pani zaczyna.

PACJENTKA: Dobrze. Nie chce mi się.

TERAPEUTKA: To prawda, że mi się nie chce, ale to nie ma znaczenia. Nie ma znaczenia, czy mi się chce, czy nie. *Muszę* to zrobić.

PACJENTKA: Ale mogę to zrobić później.

TERAPEUTKA: Tak, ale zazwyczaj później też tego *nie* robię. Nie chcę wzmacniać złego nawyku przez odkładanie tego na później. Mam okazję do utrwalenia nowego, lepszego nawyku.

PACJENTKA: Ale ten jeden raz nie ma znaczenia.

TERAPEUTKA: To prawda. Jeden raz nie jest taki ważny. Jednocześnie w dłuższej perspektywie będzie lepiej, jeśli będę utrwalać ten dobry nawyk przy każdej okazji.

PACJENTKA: Nie wiem. Po prostu nie mam ochoty.

TERAPEUTKA: Nie muszę zważać na to, na co mam ochotę lub na co nie mam ochoty w tym momencie. Na dłuższą metę *chcę* robić to, co muszę robić, aby skończyć studia, dostać dobrą pracę i mieć szacunek do siebie. *Nie* chcę natomiast ciągle unikać rzeczy, na które nie mam ochoty.

PACJENTKA: Brakło mi argumentów.

TERAPEUTKA: W porządku. Zamieńmy się rolami, a potem część z tego odnotujemy.

Po odwróceniu ról terapeuta musi ponownie dokonać wyboru. Może zaproponować pacjentowi powrót do pierwotnego zadania (np. „Co pani *teraz* myśli na temat tego zadania?"). Jeśli pacjent rzeczywi-

Scanned by CamScanner

ście postanowi pozostać przy tym zadaniu, to terapeuta może razem z nim opracować kartę radzenia sobie z niektórymi kwestiami poruszonymi w powyższej rozmowie. Jeżeli natomiast terapeuta uważa, że wykonanie zadania przez pacjenta jest mało prawdopodobne, to powinien zaproponować zmianę zadania lub zaznaczyć, że jest ono nieobowiązkowe.

Przygotowanie się na negatywny wynik zadania

Przy wymyślaniu eksperymentu behawioralnego lub testowaniu założenia należy ustalić scenariusz, który ma szanse powodzenia. Na przykład przedyskutowałyśmy z Sally, który profesor chętniej odpowie na pytania po wykładzie, jakich słów mogłaby użyć, gdy będzie prosić współlokatorkę o niehałasowanie w nocy, oraz o jak dużą pomoc może poprosić kolegę. Warto jednak, aby pacjent przewidział swoje prawdopodobne myśli automatyczne lub przekonania, jeśli eksperyment się nie powiedzie.

TERAPEUTKA: Zapewne *może* się zdarzyć, że Ross powie, że nie da rady pani pomóc. Jeśli tak się stanie, jakie myśli przyjdą pani do głowy?

PACJENTKA: Że nie powinnam była prosić. Teraz pewnie myśli, że jestem głupia.

TERAPEUTKA: [szuka alternatywnego wytłumaczenia] Jakie jeszcze mógł mieć powody, aby odmówić?

PACJENTKA: Był zbyt zajęty.

TERAPEUTKA: A czy jest możliwe, że nie rozumie materiału na tyle dobrze, aby go pani wyjaśnić? Albo może po prostu nie lubi udzielać korepetycji? Ma coś innego na głowie?

PACJENTKA: Być może.

TERAPEUTKA: Czy ma pani jakieś dowody na to, że on uważa panią za osobę głupią?

PACJENTKA: Nie, ale mieliśmy odmienne zdania na temat polityki.

TERAPEUTKA: Czy odniosła pani wtedy wrażenie, że jego zdaniem pani poglądy są całkowicie głupie, czy też że po prostu ma pani inny punkt widzenia?

PACJENTKA: Że po prostu mamy odmienne punkty widzenia.

TERAPEUTKA: I o ile pani wiadomo, nie uważa on, że jest pani głupia?

PACJENTKA: Nie, chyba nie.

TERAPEUTKA: Więc nawet jeśli odrzuci pani prośbę, nie *musi* to oznaczać, iż zmienił swoją opinię o pani – dlatego że poprosiła pani o pomoc?

PACJENTKA: Nie. Chyba nie.

TERAPEUTKA: W porządku. Uzgodniłyśmy, że porozmawia pani dzisiaj z kolegą i poprosi go o pomoc. Jeśli pomoże, to dobrze. A jeśli odrzuci prośbę – to co sobie pani powie?

PACJENTKA: Że to nie znaczy, iż uważa mnie za głupią. Może być po prostu zajęty, sam nie jest pewien, czy dobrze zrozumiał materiał, lub nie lubi udzielać korepetycji.

TERAPEUTKA: Dobrze, zanotujmy to na wszelki wypadek.

Wcześniejsze omówienie potencjalnych problemów chroni pacjenta przed dysforią, która może się pojawić w razie niepowodzenia eksperymentu.

KONCEPTUALIZOWANIE TRUDNOŚCI

Gdy pacjent ma trudności z wykonaniem pracy osobistej, terapeuta powinien się zastanowić nad przyczynami tego stanu rzeczy. Czy u źródeł tych trudności leżał:

- Problem praktyczny?
- Problem psychologiczny?
- Problem psychologiczny zamaskowany jako praktyczny?
- Problem związany z przekonaniami *terapeuty*?

Problemy praktyczne

Większości praktycznych problemów można uniknąć, jeśli terapeuta starannie zaplanuje zadanie i przygotuje pacjenta do jego wykonania. Próba w wyobraźni (opisana powyżej) także może pomóc w ujawnieniu potencjalnych trudności. Poniżej zostaną opisane cztery powszechnie występujące problemy oraz ich rozwiązania.

Wykonywanie zadania terapeutycznego w ostatniej chwili

W idealnym przypadku pacjent kontynuuje pracę z sesji terapeutycznej *przez cały tydzień*. Na przykład najlepiej, jeśli pacjent rozpoznaje i odnotowuje swoje automatyczne myśli w momencie, kiedy zauważy zmianę nastroju, a następnie podważa je w myśli albo na piśmie. Niektórzy pacjenci unikają myślenia o terapii między sesjami. Często unikanie to jest częścią większego problemu i wtedy konieczne może być rozpoznanie i zmodyfikowanie niektórych przekonań (np. „Je-

Scanned by CamScanner

śli skupię się na problemie zamiast na czymś innym, to poczuję się jeszcze gorzej", „Nie potrafię się zmienić, po co więc próbować?"). W innych przypadkach wystarczy jednak tylko łagodnie przypomnieć pacjentowi, aby codziennie zaglądał do listy zadań.

Zapominanie uzasadnienia

Zdarza się, że pacjent zaniedba pracę osobistą, ponieważ nie pamięta, *dlaczego* został poproszony o jej wykonanie. Problemu tego można uniknąć, jeśli pacjent (u którego pojawiła się taka trudność) zanotuje uzasadnienie obok zadania.

PACJENTKA: Nie wykonywałam ćwiczeń relaksacyjnych [nie czytałam kart radzenia sobie, nie ćwiczyłam kontrolowanego oddychania, nie zapisywałam swoich zajęć], ponieważ w tym tygodniu czułam się dobrze.

TERAPEUTKA: Czy pamięta pani, o czym rozmawiałyśmy kilka tygodni temu – dlaczego warto ćwiczyć to codziennie, niezależnie od nastroju?

PACJENTKA: Nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: Załóżmy, że nie wykonuje pani ćwiczeń relaksacyjnych przez kilka tygodni, a potem ma bardzo stresujący tydzień. Na jakim poziomie będą wtedy pani umiejętności?

PACJENTKA: Niezbyt wysokim.

TERAPEUTKA: Czy mogłaby pani jeszcze raz zapisać ćwiczenia relaksacyjne jako pracę osobistą w tym tygodniu z przypomnieniem, że chce pani być naprawdę dobra w relaksacji, zanim będzie pani musiała z niej skorzystać? (*pauza*). Czy ma pani jeszcze inne problemy z jej ćwiczeniem?

Zła organizacja lub nierejestrowanie zadań

Prawdopodobieństwo wykonania pracy osobistej jest większe, jeśli pacjent musi codziennie zaznaczać na liście, czy odrobił dane zadanie. Terapeuta lub pacjent mogą na sesji narysować prostą tabelę (rycina 17.1), w której pacjent będzie codziennie zaznaczał każde wykonane zadanie. Technika ta przypomina pacjentowi o wykonaniu pracy osobistej, a także konfrontuje go z tym, czego nie robi.

Ewentualnie można poprosić pacjenta o prowadzenie kalendarza lub terminarza, w którym będzie zapisywać zadania na każdy dzień. (Pierwszy dzień należy wypełnić razem z pacjentem w gabinecie, a pozostałą część pacjent może dokończyć w poczekalni zaraz po sesji).

	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela	Poniedziałek	Wtorek
1. Przeczytać notatki z terapii							
2. Wypełnić listę zasług							
3. Prowadzić zapis myśli							
4. Zadać pytanie na zajęciach							

Rycina 17.1. Przykładowa lista kontrolna zadań wykonywanych w ramach pracy osobistej

Później, po wykonaniu zadań, pacjent może je odznaczyć lub przekreślić.

Trzecia technika, używana w przypadku pacjentów, którzy prawdopodobnie będą mieć trudności z wywiązaniem się ze swoich zobowiązań, polega na zaproponowaniu, aby pacjent zadzwonił do gabinetu i zostawił wiadomość, że wykonał określone zadanie. Świadomość, że terapeuta czeka na telefon, może zmotywować pacjenta do pracy.

Zastosowanie opisanych tu technik – tak jak wszelkich innych interwencji – należy uzasadnić oraz uzgodnić wspólnie z pacjentem.

Trudności z wykonaniem zadania

Jeśli na następnej sesji terapeuta zda sobie sprawę, że dane zadanie było zbyt trudne lub niejasno sformułowane (typowe problemy w przypadku początkujących terapeutów), to powinien wziąć na siebie odpowiedzialność. W przeciwnym razie pacjent może niesłusznie krytykować się za niewykonanie zadania.

TERAPEUTKA: Kiedy już omówiłyśmy trudności, jakie sprawiło pani to zadanie, widzę, że nie wytłumaczyłam go pani wystarczająco dobrze [lub: Widzę, że naprawdę było ono zbyt trudne]. Przepraszam za to. Jakie myśli przyszły pani do głowy, kiedy okazało się, że nie potrafi pani go zrobić?

Scanned by CamScanner

Terapeuta ma wówczas okazję 1) pokazać pacjentowi na swoim przykładzie, że można popełnić błąd i przyznać się do niego, 2) pogłębić relację z pacjentem, 3) pokazać pacjentowi, że naprawdę zależy mu na dostosowaniu przebiegu terapii – i zadań – do jego potrzeb, oraz 4) pomóc pacjentowi w dostrzeżeniu innych powodów jego niepowodzenia.

Problemy psychologiczne

Zakładając, że zadanie zostało odpowiednio przygotowane i pacjent miał okazję je wykonać, ewentualne trudności mogą być konsekwencją jednego z opisanych poniżej czynników psychologicznych.

Negatywne przewidywania

Pacjenci z dolegliwościami psychicznymi, a zwłaszcza osoby w depresji, zazwyczaj spodziewają się negatywnych następstw. Aby rozpoznać dysfunkcjonalne myśli, które przeszkodziły w odrobieniu zadania, terapeuta prosi pacjenta o przypomnienie sobie *konkretnych* chwil, w których myślał on o zadaniu, a następnie wydobywa powiązane z tym treści poznawcze i uczucia.

TERAPEUTKA: Czy w tym tygodniu były takie chwile, kiedy myślała pani o przeczytaniu broszury o depresji?

PACJENTKA: Tak. Od czasu do czasu o tym myślałam.

TERAPEUTKA: Proszę mi opowiedzieć o jednej z takich chwil. Czy myślała pani o tym na przykład wczoraj wieczorem?

PACJENTKA: Tak. Chciałam przeczytać broszurę po kolacji.

TERAPEUTKA: I co się stało?

PACJENTKA: Nie wiem. Nie potrafiłam się do tego zmusić.

TERAPEUTKA: Jak się pani czuła?

PACJENTKA: Przybita, smutna, zmęczona.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przychodziły pani do głowy, gdy myślała pani o czytaniu broszury?

PACJENTKA: Że to trudne. Pewnie i tak nie dam rady się skoncentrować. Nie zrozumiem tekstu.

TERAPEUTKA: Z tego wynika, że była pani bardzo przybita. Nic dziwnego, że trudno było pani zabrać się do lektury. W istocie może powinna pani zacząć ją czytać już na naszej zeszłotygodniowej sesji (*pauza*). Zastanawiam się, jak zweryfikować ten pogląd, że nie będzie pani w stanie się skoncentrować i niczego pani nie zrozumie...

PACJENTKA: Pewnie mogłabym spróbować to przeczytać.

Terapeuta może następnie poprosić pacjenta o przeprowadzenie eksperymentu jeszcze w gabinecie. Po udanej próbie mogą razem zapisać wnioski, na przykład „Czasami myśli nie są zgodne z rzeczywistością i jestem w stanie zrobić więcej, niż myślę. Kiedy następnym razem poczuję brak nadziei, mogę przeprowadzić eksperyment, taki jak ten z broszurą". (Uwaga: gdyby eksperyment w gabinecie nie zakończył się pomyślnie, terapeuta musiałby zmienić zadanie na prostsze).

Za pomocą eksperymentów behawioralnych pacjent może zweryfikować inne negatywne przewidywania (np. „Koleżanka z pokoju nie będzie chciała pójść ze mną na to spotkanie", „Nie zrozumiem materiału, nawet jeśli poproszę o pomoc" czy „Odrabianie zadania domowego pogorszy mi nastrój"). Także w tym wypadku ważne jest, aby przygotować pacjenta na możliwy negatywny wynik. Za pomocą standardowego dialogu sokratejskiego można pomóc pacjentowi w weryfikacji innych myśli, na przykład „Niczego nie potrafię zrobić dobrze" lub „Mogę nie zaliczyć przedmiotu".

Jeśli pacjent ujawnia ambiwalencję wobec przydatności jakiegoś zadania, to terapeuta powinien przyznać, że nie wie, jaki będzie wynik: „Nie mam całkowitej pewności, że to zadanie pani pomoże. Ale co pani straci, jeśli ono nie poskutkuje? A jakie są potencjalne korzyści w dłuższej perspektywie, jeśli okaże się skuteczne?". Ewentualnie terapeuta i pacjent mogą wymienić wady i zalety pracy osobistej.

Wreszcie pacjentowi może pomóc również praca na poziomie przekonań. Zadania mogą uruchamiać takie przekonania jak:

> „Jestem niekompetentny".
> „Konieczność wykonywania zadań terapeutycznych oznacza, że jestem ułomna".
> „Lepsze samopoczucie nie powinno mnie kosztować aż tyle wysiłku".
> „Terapeuta próbuje mnie kontrolować".
> „Jeśli będę myśleć o swoich problemach, to poczuję się jeszcze gorzej".
> „Jeśli wykonam pracę osobistą i mój stan ulegnie poprawie, moje życie stanie się gorsze".

Tego rodzaju przekonania można rozpoznawać i modyfikować za pomocą technik opisanych w rozdziałach 13 i 14.

Wyolbrzymianie trudności związanych z zadaniem

Niektórzy pacjenci wyolbrzymiają trudności lub niedogodności związane z pracą osobistą lub nie zdają sobie sprawy, że wykonanie jakiegoś zadania terapeutycznego jest ograniczone w czasie.

TERAPEUTKA: Co może pani przeszkodzić w kilkakrotnym wypełnieniu zapisu myśli w tym tygodniu?

PACJENTKA: Nie wiem, czy znajdę na to czas.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Ile czasu musi pani poświęcić na wypełnienie jednego zapisu?

PACJENTKA: Niewiele. Może jakieś dziesięć minut. Ale ostatnio jestem bardzo zajęta. Mam milion rzeczy do zrobienia.

Terapeuta może wtedy przeprowadzić prostą procedurę rozwiązywania problemów, aby znaleźć możliwe luki czasowe. Ewentualnie może się posłużyć analogią, podkreślając, że trud związany z pracą osobistą jest ograniczony w czasie:

TERAPEUTKA: To niewątpliwie prawda, *jest* pani ostatnio bardzo zajęta. Zastanawiam się – wiem, że to skrajny przykład – co by pani zrobiła, gdyby codziennie musiała pani poświęcić trochę czasu na czynność ratującą pani życie [lub życie bliskiej osoby]? Co by się stało, gdyby na przykład codziennie musiała pani mieć transfuzję?

PACJENTKA: Oczywiście znalazłabym na to czas.

TERAPEUTKA: Oczywiście niewykonanie tego zadania nie zagraża pani życiu, ale zasada jest taka sama. Za chwilę możemy porozmawiać o tym, jak konkretnie mogłaby pani wygospodarować trochę czasu, ale najpierw powinna sobie pani uświadomić, że *nie* będzie tego robić do końca życia. Musi pani jedynie przez jakiś czas inaczej ułożyć sobie pewne sprawy, dopóki nie poprawi się pani samopoczucie.

Pacjent, który przecenia ilość *energii* potrzebnej do wykonania jakiegoś zadania, również odniesie korzyść z podobnych pytań. W poniższym fragmencie rozmowy pacjentka ma dysfunkcjonalne (i zniekształcone) wyobrażenie wywiązania się z zadania.

TERAPEUTKA: Co może pani przeszkodzić w codziennym wyjściu do sklepu w tym tygodniu?

PACJENTKA: (*wzdycha*) Nie wiem, czy będę miała dość sił.

TERAPEUTKA: Jakie wyobrażenie pojawia się w pani umyśle?

PACJENTKA: No cóż, mogę zobaczyć, jak wlokę się od sklepu do sklepu.

TERAPEUTKA: Rozmawialiśmy o tym, że będzie pani wychodzić jedynie na dziesięć minut w ciągu dnia. Do ilu sklepów zdąży pani wejść w tym czasie? Mam wrażenie, że w pani wyobraźni zadanie to jest trudniejsze, niż zaplanowałyśmy.

W innej sytuacji pacjentka dobrze zapamiętała zadanie, lecz mimo to wyolbrzymia energię potrzebną do jego wykonania. Najpierw pomagam jej *określić problem* za pomocą zmodyfikowanej, skróconej wersji próby w wyobraźni.

PACJENTKA: Nie jestem pewna, czy będę miała tyle siły, żeby zabrać Maksa do parku na piętnaście minut.

TERAPEUTKA: Co będzie dla pani problemem – wyjście z domu, pójście do parku czy to, co będzie pani musiała robić w parku?

PACJENTKA: Wyjście z domu. Muszę pamiętać o zabraniu z sobą tylu rzeczy – o pieluszce, wózku, butelce, kurteczce i bucikach...

[Następnie terapeutka i pacjentka przystępują do rozwiązywania problemów; jednym z rozwiązań jest zgromadzenie wszystkich niezbędnych rzeczy wcześniej tego samego dnia, kiedy pacjentka ma więcej energii i czuje się mniej przytłoczona].

W sytuacji trzeciej po prostu przedstawiam zadanie jako eksperyment.

PACJENTKA: Nie jestem pewna, czy będę mieć dość energii, żeby wykonać te telefony.

TERAPEUTKA: Ponieważ dzisiaj zostało nam już niewiele czasu, może po prostu umówimy się, że potraktuje pani to zadanie jako eksperyment? Zapiszmy pani przewidywanie – „Nie będę mieć dość energii, żeby wykonać te telefony" – i na następnej sesji powie mi pani, czy okazało się ono trafne. Czy odpowiada to pani?

Perfekcjonizm

Wielu pacjentom wystarczy przypomnieć, że nie muszą dążyć do doskonałości podczas wykonywania pracy osobistej:

TERAPEUTKA: Rozpoznawania automatycznych myśli można się nauczyć, tak jak używania komputera. W miarę ćwiczeń będzie pani dochodzić do coraz większej wprawy. Jeśli zatem w tym tygodniu będzie pani mieć jakieś problemy, proszę się nie przejmować. Na następnym spotkaniu zastanowimy się, jak robić to lepiej.

Inni pacjenci mający silne podstawowe założenie, że muszą być doskonali, mogą odnieść korzyść z zadań, które *obejmują* robienie błędów.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Wydaje się, że pani przekonanie dotyczące perfekcjonizmu ujawnia się w trudnościach z odrabianiem zadań.

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: A może w tym tygodniu uzupełniłaby pani zapis myśli w sposób *celowo* niedoskonały. Może pani na przykład niestarannie pisać, pozostawić luki, robić błędy ortograficzne. Powinnyśmy także ograniczyć czas wykonania tego zadania do dziesięciu minut.

Przeszkody psychologiczne zamaskowane jako problemy praktyczne

Niektórzy pacjenci twierdzą, że wykonanie danego zadania mogą im uniemożliwić problemy praktyczne, takie jak brak czasu, energii czy sposobności. Jeśli terapeuta uważa, że przeszkadza im również myśl lub przekonanie, powinien zbadać tę możliwość *przed* omówieniem problemu praktycznego.

TERAPEUTKA: W porządku, a zatem nie jest pani pewna, czy będzie pani w stanie wykonać to zadanie [z powodu problemu praktycznego]. Przez chwilę udawajmy, że pod wpływem magicznego zaklęcia problem znika. Jakie jest *teraz* prawdopodobieństwo, że wykona pani to zadanie? Czy coś jeszcze może pani w tym przeszkodzić? Może jakieś myśli?

Problemy związane z przekonaniami terapeuty

Wreszcie terapeuta powinien ocenić, czy jakieś *jego* myśli lub przekonania nie przeszkadzają mu w asertywnym i właściwym zachęceniu pacjenta do wykonania pracy osobistej. Do typowych dysfunkcjonalnych założeń terapeutów należą:

„Zranię jego uczucia, jeśli zacznę pytać, dlaczego nie wykonał pracy osobistej".
„Zdenerwuje się, jeśli [grzecznie] zapytam ją o zadanie".
„Obrazi się, jeśli zaproponuję, żeby prowadził dziennik zadań".
„Nie musi tak naprawdę wykonywać zadań, żeby jej stan się poprawił".
„Jest teraz zbyt przytłoczony innymi obowiązkami".
„Przejawia zbyt wiele biernej agresji, żeby wykonać te zadania".
„Jest zbyt wrażliwy, aby skonfrontować się z sytuacją budzącą lęk".

Terapeuta powinien odpowiedzieć sobie na pytanie, jakie myśli przychodzą mu do głowy, kiedy zastanawia się nad wyznaczeniem pracy osobistej lub analizuje powody, dla których pacjent jej nie wykonał. Jeśli doświadcza dysfunkcjonalnych myśli, może sam wypełnić zapis myśli, przeprowadzić eksperyment behawioralny lub skonsultować się z superwizorem albo innym terapeutą. Powinien powiedzieć sobie, że nie wyświadcza pacjentowi przysługi, jeśli pozwala mu się uchylać od pracy osobistej (która, jak pokazują badania, jest ważna) i nie podejmuje wszelkich starań, aby zwiększyć prawdopodobieństwo jej wykonania.

OMAWIANIE PRACY OSOBISTEJ

Przed każdą sesją terapeuta powinien się przygotować, przeglądając notatki z poprzedniej sesji i zwracając uwagę na zadania, jakie otrzymał pacjent. Omówienie pracy osobistej to z reguły pierwszy punkt programu sesji, chyba że byłoby to wyraźnie niewłaściwe (np. pacjent cierpi z powodu niedawnej, poważnej straty). Nawet jeśli pacjent jest w kryzysie, warto w dalszej części sesji poświęcić kilka minut na omówienie zadań lub ewentualnie wspólnie z nim postanowić, że praca wyznaczona na poprzedniej sesji obecnie nie obowiązuje.

Określenie, ile czasu należy przeznaczyć na omówienie pracy osobistej, i przedyskutowanie, czy pacjent chce kontynuować jakieś zadanie, jest częścią sztuki terapii. Terapeuta poświęci więcej czasu na zadanie, kiedy:

- Dotyczy ono ważnego, bieżącego problemu, który wymaga dalszego omówienia.
- Pacjent nie wykonał zadania.
- Terapeuta oceni, że należy omówić to, czego pacjent się nauczył, lub pomóc mu w spojrzeniu z nowej perspektywy na jego problemy.

Na przykład jeśli pacjent z poważną depresją nie realizuje planowania zajęć, terapeuta przypuszczalnie przeznaczy na sesji znaczną ilość czasu na konceptualizację tego, co się stało, i zastanowienie się razem z pacjentem, jak mógłby poradzić sobie lepiej w nadchodzącym tygodniu. Jeśli poświęci się zbyt mało czasu na omówienie pracy osobistej, ważne nowo nabyte umiejętności pacjenta mogą nie zostać wzmocnione. Jeśli przeznaczy się na to zbyt dużo czasu, za mało uwagi poświęci się jego nowym problemom.

Czas poświęcony na omówienie zadania będzie różny. Na początku leczenia terapeuta będzie wzmacniał to, co było w notatkach z terapii (np. pytając pacjenta, w jakim stopniu jest przekonany o prawdzi-

Scanned by CamScanner

wości przystosowawczych odpowiedzi, jakie zapisał na poprzednich sesjach i w domu). Konieczne może być omówienie i przećwiczenie z pacjentem umiejętności, których on w pełni nie zrozumiał. Terapeuta zadecyduje także wspólnie z pacjentem, które zadania będą kontynuowane, a które zostaną zmodyfikowane na najbliższy tydzień.

Tak więc zarówno terapeuta, jak i pacjent powinni traktować pracę osobistą jako niezbędny element terapii. Zadania – właściwie wyznaczone i wykonane – powodują, że pacjent szybciej robi postępy, i pozwalają mu przećwiczyć techniki terapeutyczne, które będą mu potrzebne po zakończeniu terapii. Więcej informacji na temat znaczenia pracy osobistej w psychoterapii można znaleźć w pracach Kazantzisa, Deane'a, Ronana i Lampropoulosa (2005) oraz Tompkinsa (2004).

ROZDZIAŁ 18

ZAKOŃCZENIE TERAPII I ZAPOBIEGANIE NAWROTOM

Terapia poznawczo-behawioralna ma w zamierzeniu ułatwić remisję zaburzenia oraz nauczyć pacjenta umiejętności, które będzie mógł wykorzystywać przez całe swoje życie. Jej celem nie jest rozwiązanie wszystkich problemów pacjenta. W istocie jeżeli terapeuta uważa, że powinien pomóc pacjentowi w rozwiązaniu *wszystkich* problemów, to ryzykuje wywołanie lub wzmocnienie w nim uzależnienia i pozbawia go sposobności do wypróbowania i utrwalenia zdobytych umiejętności.

Zwykle na początku terapii sesje odbywają się co tydzień, chyba że są jakieś ograniczenia natury praktycznej. Pacjenci z ciężkimi objawami mogą odnieść korzyść z częstszych sesji. Gdy pacjent doświadczy złagodzenia objawów i nauczy się już podstawowych umiejętności, terapeuta może wspólnie z nim postanowić, że będą się spotykać coraz rzadziej, na początku na próbę co dwa tygodnie, a potem co trzy albo cztery. Oprócz tego zachęca się pacjentów, aby zaplanowali sesje „podtrzymujące" po trzech, sześciu i dwunastu miesiącach od momentu zakończenia terapii. W niniejszym rozdziale przedstawiono w zarysie kroki, jakie należy podjąć w celu przygotowania pacjenta do zakończenia terapii oraz możliwych nawrotów, od początku terapii po ostatnią sesję podtrzymującą.

DZIAŁANIA PODEJMOWANE NA POCZĄTKU TERAPII

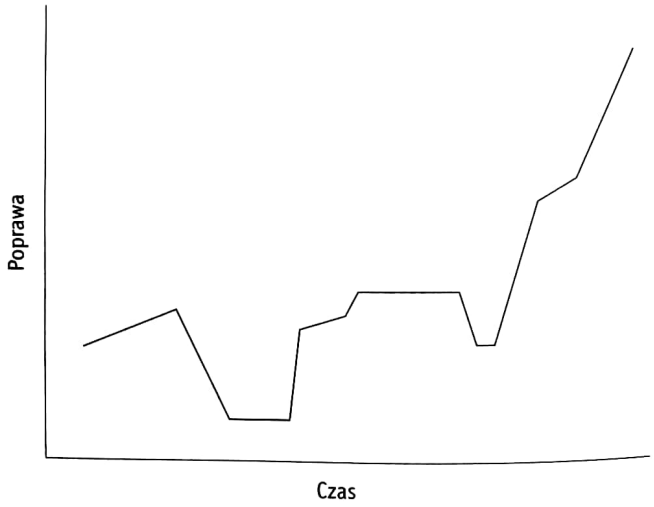
Terapeuta zaczyna przygotowywać pacjenta do zakończenia terapii i zapobiegania nawrotom już na wstępnej sesji, gdy mówi mu, że terapia powinna trwać możliwie najkrócej i polega ona na tym, aby

Scanned by CamScanner

pacjent stał się swoim własnym terapeutą. Gdy tylko samopoczucie pacjenta się poprawi, warto omówić z nim przebieg dochodzenia do zdrowia. Pacjentom pomaga graficzne przedstawienie postępów, z okresami poprawy przerywanymi z reguły (tymczasowo) okresami stagnacji, wahań lub pogorszeń (zob. rycina 18.1). (Później terapeuta podkreśli, że po zakończeniu terapii mogą wystąpić sporadyczne pogorszenia lub trudności, ale pacjent będzie lepiej wyposażony, żeby samodzielnie sobie z nimi radzić).

TERAPEUTKA: Cieszę się, że pani samopoczucie trochę się poprawiło. Powinnam jednak pani powiedzieć, że nadal może pani mieć chwile lepsze i gorsze. Większość ludzi z tygodnia na tydzień czuje się trochę lepiej, po czym w pewnym momencie przestają odczuwać zmianę lub następuje pogorszenie ich stanu. Potem znowu czują się trochę lepiej i znowu przychodzi okres bez zmian lub pogorszenie. A zatem chwile lepsze i gorsze są czymś *normalnym*... Czy rozumie pani, dlaczego warto o tym pamiętać?

PACJENTKA: Chyba po to, abym mniej się martwiła tymi gorszymi okresami.



Rycina 18.1. Postępy w terapii. Wykres ten, jeśli go umiejętnie narysować, może przypominać południową granicę Stanów Zjednoczonych, gdzie „Teksas" i „Floryda" oznaczają okresy gorszego nastroju. Choć niektórym terapeutom i pacjentom wydaje się zabawny, może pomóc pacjentom w zapamiętaniu, że okresy pogorszenia są czymś normalnym

TERAPEUTKA: Właśnie. Może pani przypomnieć sobie naszą rozmowę, w której przewidzieliśmy pewne gorsze okresy. W istocie może pani spojrzeć na wykres, który teraz narysuję [rycina 18.1]. Tak w przybliżeniu będzie wyglądał przebieg terapii. Czy widzi pani, że z czasem pogorszeń jest coraz mniej, są one krótsze i ogólnie biorąc mniej dotkliwe?

PACJENTKA: Mhm.

TERAPEUTKA: Warto, aby pani zapamiętała ten wykres, ponieważ w przeciwnym razie w okresie pogorszenia mogłaby pani pomyśleć, że terapia nie działa, że pani samopoczucie już nigdy się nie poprawi.

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Prawdopodobnie lepsze i gorsze chwile będzie pani miała także po zakończeniu terapii, ponieważ u każdego one występują. Oczywiście do tego czasu będzie pani potrafiła sobie z nimi radzić. Może też pani wrócić na jedną lub dwie sesje. Porozmawiamy o tym pod koniec terapii.

DZIAŁANIA PODEJMOWANE W TRAKCIE CAŁEJ TERAPII

Niektóre techniki ułatwiające zapobieganie nawrotom powinny być stosowane w ciągu całej terapii.

Przypisywanie postępów pacjentowi

Terapeuta powinien przy każdej okazji udzielać pacjentowi wzmocnienia za jego postępy. Kiedy nastrój pacjenta ulegnie poprawie, należy ustalić, co zdaniem pacjenta jest tego przyczyną i, kiedy tylko to możliwe, wzmacniać pogląd, że to pacjent spowodował zmiany w swoim nastroju, dokonując zmian we własnym myśleniu i zachowaniu.

TERAPEUTKA: Wydaje się, że nasilenie pani depresji jest w tym tygodniu mniejsze. Dlaczego pani zdaniem tak się stało?

PACJENTKA: Nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: Czy w tym tygodniu zrobiła pani coś inaczej niż zwykle? Czy zdecydowała się pani wykonać rzeczy, które zaplanowałyśmy? Czy podważała pani swoje negatywne myśli?

PACJENTKA: Tak. Codziennie ćwiczyłam i dwa razy spotkałam się ze znajomymi. Parę razy rzeczywiście miałam samokrytyczne myśli, ale przeczytałam karty radzenia sobie.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Czy to możliwe, że poczuła się pani lepiej, ponieważ wykonała pani kilka rzeczy, które pomogły?

PACJENTKA: Tak. Tak myślę.

TERAPEUTKA: A zatem co może pani powiedzieć o przyczynach swoich postępów?

PACJENTKA: Chyba to, że kiedy robię rzeczy, które mają mi pomóc, rzeczywiście czuję się lepiej.

Niektórzy pacjenci na początku terapii uważają, że całe uznanie za poprawę ich nastroju należy się terapeucie. Alternatywne wyjaśnienie – że to *pacjent* jest odpowiedzialny za pozytywne zmiany – może utrwalić w nim poczucie własnej skuteczności.

TERAPEUTKA: Jak pani myśli, dlaczego w tym tygodniu ma pani lepsze samopoczucie?

PACJENTKA: W czasie ostatniej sesji bardzo mi pani pomogła.

TERAPEUTKA: No cóż, być może nauczyłam panią *pewnych* rzeczy, ale kto tak naprawdę zmienił pani sposób myślenia i zachowania w tym tygodniu?

PACJENTKA: Chyba *ja* to zrobiłam.

TERAPEUTKA: W jakim stopniu jest pani zatem przekonana o prawdziwości myśli, że to *pani* zasługuje na uznanie?

Ewentualnie pacjent może przypisać całą poprawę zmianom okoliczności (np. „Mam lepsze samopoczucie, bo zadzwonił mój chłopak") lub lekom. Choć terapeuta powinien przyznać, że te zewnętrzne czynniki mają znaczenie, powinien także spytać o zmiany w myśleniu lub zachowaniu pacjenta, które mogły się przyczynić do poprawy lub pomóc w jej podtrzymaniu. Jeśli pacjent upiera się, że nie zasługuje na uznanie, terapeuta może wydobyć jego podstawowe przekonanie („Co to dla pani oznacza, że staram się panią docenić?").

Nauczanie i używanie narzędzi/technik poznanych na terapii

Ucząc pacjenta różnych technik i narzędzi, terapeuta będzie podkreślać, że są to pomoce na całe życie, których pacjent może używać w wielu sytuacjach teraz i w przyszłości – to znaczy techniki te nie są swoiste tylko dla jednego zaburzenia, takiego jak depresja, ale można je stosować zawsze, kiedy pacjent zda sobie sprawę, że reaguje w sposób zbyt emocjonalny lub dysfunkcjonalny. Do najczęstszych technik i narzędzi, które mogą być wykorzystywane w trakcie i po terapii, należą:

1. Rozbijanie problemów na mniejsze elementy, z którymi łatwiej sobie poradzić.
2. Wymyślanie rozwiązań problemów za pomocą burzy mózgów.
3. Rozpoznawanie, weryfikowanie i podważanie automatycznych myśli oraz przekonań.
4. Korzystanie z zapisów myśli.
5. Kontrola i planowanie zajęć.
6. Korzystanie z technik relaksacyjnych.
7. Techniki odwracania uwagi i ponownego skupiania się na zadaniu.
8. Tworzenie hierarchii zadań lub sytuacji, które są przedmiotem unikania.
9. Zapisywanie list zasług.
10. Rozpoznawanie wad i zalet (konkretnych myśli, przekonań, zachowań lub możliwości wyboru przy podejmowaniu decyzji).

Terapeuta powinien wyjaśnić pacjentowi, jak może używać tych narzędzi w innych sytuacjach w trakcie terapii i po jej zakończeniu.

TERAPEUTKA: A zatem rozpoznawanie depresyjnych myśli, a następnie kwestionowanie ich i podważanie rzeczywiście poprawiło pani nastrój?

PACJENTKA: Tak. Ku mojemu zdziwieniu.

TERAPEUTKA: Czy pani wie, że może korzystać z tych technik za każdym razem, kiedy pani reakcje będą przesadne – gdy czuje pani więcej złości, lęku, smutku, wstydu, niż wymaga tego sytuacja?

PACJENTKA: Nie pomyślałam o tym.

TERAPEUTKA: Nie mówię, że powinna pani próbować pozbyć się *wszystkich* negatywnych emocji – tylko wtedy, gdy uzna pani, że może pani reagować *przesadnie*. Czy przypomina sobie pani jakąś sytuację z minionych kilku tygodni, kiedy wypełnienie zapisu myśli mogłoby być przydatne?

PACJENTKA: (*zastanawia się*) Nic tak naprawdę nie przychodzi mi do głowy.

TERAPEUTKA: A czy w najbliższej przyszłości mogą się wydarzyć takie sytuacje?

PACJENTKA: (*zastanawia się*) No cóż, na pewno będę zła na brata, jeśli latem postanowi zostać w szkole, zamiast przyjechać do domu.

TERAPEUTKA: Co pani sądzi o wypełnieniu zapisu myśli w takiej sytuacji – odnotowaniu swoich myśli i sformułowaniu odpowiedzi na nie?

PACJENTKA: W porządku.

Scanned by CamScanner

Przygotowanie się na pogorszenie w czasie terapii

Gdy tylko pacjent poczuje się lepiej, terapeuta przygotuje go na ewentualne pogorszenie, prosząc go o wyobrażenie sobie, jakie myśli przyjdą mu do głowy, jeśli jego samopoczucie zacznie się pogarszać. Do najczęstszych odpowiedzi należą: „Nie powinnam tak się czuć", „To znaczy, że poprawa nie następuje", „Jestem do niczego", „Nigdy nie wydobrzeję", „Terapeuta będzie zawiedziony" lub „Terapeuta jest do niczego", „W moim przypadku terapia poznawczo-behawioralna nie działa", „Jestem skazana na wieczną depresję", „To był przypadek, że początkowo moje samopoczucie się poprawiło". Pacjent może też wyobrażać sobie, że siedzi skulony w rogu łóżka, przerażony, smutny i samotny. W uniknięciu tych negatywnych treści poznawczych mogą pomóc karty radzenia sobie oraz wykres „Postępy w terapii" (rycina 18.1).

TERAPEUTKA: Naprawdę zrobiła pani postępy. Wydaje się, że pani nastrój znacznie się podniósł.

PACJENTKA: Rzeczywiście czuję się lepiej.

TERAPEUTKA: Czy pamięta pani, że na pierwszym spotkaniu rozmawialiśmy o pogorszeniach?

PACJENTKA: Trochę.

TERAPEUTKA: Ponieważ w pani przypadku takie pogorszenie również *może* nastąpić, chciałabym zawczasu porozmawiać o tym, jak może sobie pani z nim poradzić.

PACJENTKA: Dobrze.

TERAPEUTKA: Proszę wyobrazić sobie, że miała pani trudny tydzień. Nic nie poszło tak, jak pani chciała. Wszystko znowu jest szare i nijakie. Jest pani na siebie zła. Sytuacja wydaje się beznadziejna. Czy może sobie pani wyobrazić taką sytuację?

PACJENTKA: Tak. Tak było, zanim rozpoczęłam terapię.

TERAPEUTKA: W porządku. Proszę powiedzieć, jakie myśli przychodzą pani teraz do głowy.

PACJENTKA: (*zastanawia się*) To niesprawiedliwe. Tak dobrze mi szło. Terapia nie działa.

TERAPEUTKA: Dobrze. Jak może pani zareagować na te myśli?

PACJENTKA: Nie jestem pewna.

TERAPEUTKA: No cóż, ma pani wybór. Może pani dalej dopuszczać do siebie te depresyjne myśli. Jak pani przewiduje, co wówczas stanie się z pani nastrojem?

PACJENTKA: Prawdopodobnie będę czuła się gorzej.

TERAPEUTKA: *Lub* może pani powiedzieć sobie, że to tylko normalne i przejściowe pogorszenie. Jak czułaby się pani w takiej sytuacji?

PACJENTKA: Chyba lepiej. A w każdym razie nie gorzej.

TERAPEUTKA: Dobrze. Gdy już powiedziała pani sobie, że pogorszenie jest czymś normalnym, które z tych rzeczy, jakich nauczyła się pani w ciągu kilku ostatnich tygodni, mogłyby pani pomóc?

PACJENTKA: Mogę przeczytać notatki z terapii lub przestać o tym myśleć, koncentrując się na bieżącym zadaniu.

TERAPEUTKA: Albo zrobić obie te rzeczy.

PACJENTKA: Tak, zgadza się.

TERAPEUTKA: Czy są powody, by oczekiwać, że narzędzia, które kiedyś pani pomogły, teraz okażą się bezużyteczne?

PACJENTKA: Nie.

TERAPEUTKA: W takim razie może pani sformułować odpowiedź na swoje negatywne myśli i skupić się na czymś innym. Czy pani zdaniem warto zapisać to, co powiedziałyśmy, tak żeby miała pani plan działania na wypadek, gdyby w pewnym momencie nastąpiło u pani pogorszenie?

DZIAŁANIA PODEJMOWANE POD KONIEC TERAPII

Reagowanie na obawy związane ze zmniejszeniem częstotliwości sesji

Na kilka tygodni przed zakończeniem terapii terapeuta powinien zaproponować zmniejszenie częstotliwości sesji (jako eksperyment) i umawianie się z pacjentem co dwa tygodnie. Chociaż niektórzy pacjenci godzą się bez wahania, inni zaczynają odczuwać lęk. W takiej sytuacji warto wymienić – i być może zanotować – zalety zmniejszenia częstotliwości spotkań. Jeśli pacjent nie dostrzega żadnych zalet, terapeuta powinien najpierw wydobyć wady, za pomocą dialogu sokratejskiego pomóc pacjentowi w rozpoznaniu zalet, a następnie pomóc mu w przeformułowaniu wad (zob. rycina 18.2).

Przedstawiony niżej fragment pokazuje, jak taka rozmowa mogłaby przebiegać:

TERAPEUTKA: Na ostatniej sesji przez chwilę omawiałyśmy możliwość poeksperymentowania z wydłużeniem czasu pomiędzy sesjami terapeutycznymi. Czy myślała pani o tym, żeby na próbę zacząć przychodzić na sesje co dwa tygodnie?

Scanned by CamScanner

Zalety

1. Będę mieć więcej okazji do wykorzystania i doskonalenia moich narzędzi.
2. Będę mniej zależna od terapeuty.
3. Pieniądze na terapię mogę wydać na coś innego.
4. Będę mieć więcej czasu na inne rzeczy.

Wady rzadszych spotkań	Przeformułowanie
1. Może nastąpić nawrót problemu.	Jeśli rzeczywiście tak ma być, lepiej, żeby to się stało w trakcie terapii, gdyż wówczas nauczę się, jak sobie z tym poradzić.
2. Mogę nie umieć samodzielnie rozwiązać problemu.	Rzadsze sesje dadzą mi okazję do przetestowania poglądu, że terapeuta jest mi potrzebny. W dłuższej perspektywie lepiej dla mnie będzie nauczyć się samodzielnie rozwiązywać problemy, ponieważ nie będę chodzić na terapię do końca życia.
3. Będzie mi brakować terapeuty.	To zapewne prawda, ale dam sobie z tym radę i to zachęci mnie do zbudowania jakiejś sieci wsparcia.

Rycina 18.2. Wady i zalety zmniejszenia częstotliwości sesji terapeutycznych (według Sally)

PACJENTKA: Tak. Trochę mnie to zaniepokoiło.

TERAPEUTKA: Jakie myśli przyszły pani do głowy?

PACJENTKA: Co będzie, jeśli wydarzy się coś, z czym sama sobie nie poradzę? A jeśli zacznę popadać w większą depresję? Nie zniosłabym tego.

TERAPEUTKA: Czy zweryfikowała pani prawdziwość tych myśli?

PACJENTKA: Tak. Zdałam sobie sprawę, że mam zbyt katastroficzny ogląd sytuacji, terapia jeszcze całkowicie się nie kończy. Poza tym powiedziała pani, że w razie potrzeby mogę dzwonić.

TERAPEUTKA: Zgadza się. Czy wyobraziła sobie pani konkretną trudną sytuację, jaka mogłaby się wydarzyć?

PACJENTKA: Nie, raczej nie.

TERAPEUTKA: Może spróbuje sobie pani teraz wyobrazić jakiś konkretny problem?

PACJENTKA: Dobrze [Sally wyobraża sobie, że dostaje złą ocenę z testu, rozpoznaje automatyczne myśli, formułuje odpowiedź na nie i opracowuje konkretny plan działania].

TERAPEUTKA: Porozmawiajmy o pani drugiej automatycznej myśli dotyczącej wydłużenia czasu pomiędzy sesjami – że zacznie pani popadać w większą depresję i nie będzie pani tego w stanie znieść.

PACJENTKA: Myślę, że to nie jest całkiem prawda. Uświadomiła mi pani, że mogłabym znieść okresy gorszego samopoczucia, ale to by mi się nie podobało.

TERAPEUTKA: W porządku. Załóżmy, że rzeczywiście zaczyna pani popadać w większą depresję, a do kolejnej sesji zostało jeszcze półtora tygodnia. Co może pani zrobić?

PACJENTKA: No cóż, to, co zrobiłam miesiąc temu. Jeszcze raz przeczytać notatki z terapii, nie rezygnować z aktywności, wypełniać więcej zapisów myśli. Gdzieś w notatkach mam listę rzeczy, które mogę zrobić.

TERAPEUTKA: Może warto teraz odszukać tę listę?

PACJENTKA: Tak.

TERAPEUTKA: W porządku. Może w ramach pracy osobistej znajdzie pani tę listę i wypełni zapis dla tych dwóch myśli: „Może się zdarzyć coś, z czym nie dam sobie rady" i „Nie zniosłabym, gdybym popadła w większą depresję".

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: Czy ma pani jeszcze jakieś myśli związane z wydłużeniem czasu między sesjami?

PACJENTKA: Będzie mi po prostu brakować naszych cotygodniowych rozmów.

TERAPEUTKA: Mnie też będzie tego brakować. Czy może pani rozmawiać z kimś innym?

PACJENTKA: No cóż, mogę dzwonić do Rebeki. I chyba do brata.

TERAPEUTKA: To dobry pomysł. Czy chce pani zanotować także to?

PACJENTKA: W porządku.

TERAPEUTKA: I na koniec, czy pamięta pani, że powiedziałyśmy, iż możemy poeksperymentować z rzadszymi spotkaniami? Jeśli to się nie sprawdzi, chciałabym, żeby pani do mnie zadzwoniła i będziemy mogły umówić się wcześniej.

Scanned by CamScanner

Reagowanie na obawy związane z zakończeniem terapii

Kiedy pacjent dobrze sobie radzi w sytuacji, gdy sesje odbywają się co dwa tygodnie, terapeuta może zaproponować zaplanowanie następnego spotkania za trzy lub cztery tygodnie w ramach przygotowań do zakończenia terapii. Także w tym wypadku wydłużenie czasu między sesjami można potraktować jako eksperyment. Na każdej kolejnej wizycie terapeuta i pacjent wspólnie decydują się na rzadsze sesje lub na powrót do częstszych spotkań.

Gdy zbliża się koniec terapii, należy wydobyć automatyczne myśli pacjenta związane z tym faktem. Niektórzy pacjenci są podekscytowani i pełni nadziei. Na drugim krańcu znajdują się osoby odczuwające lęk, a nawet gniew. Większość pacjentów ma mieszane uczucia. Są zadowoleni z postępów, ale martwią się ewentualnym nawrotem. Często żal im kończyć relację z terapeutą.

Terapeuta powinien zarówno uznać uczucia pacjenta, jak i pomóc mu w podważeniu wszelkich zniekształceń. Często pożądane jest wyrażenie własnych autentycznych uczuć, o ile terapeuta może szczerze powiedzieć, że czuje żal z powodu (stopniowego) zakończenia relacji, ale także dumę z postępów pacjenta w trakcie terapii oraz że w jego przekonaniu pacjent jest gotów samodzielnie sobie radzić. Podważanie innych automatycznych myśli oraz analizowanie wad i zalet zakończenia terapii można przeprowadzić w taki sam sposób jak podważanie myśli dotyczących zmniejszenia częstotliwości sesji. Dodatkowe strategie przeznaczone dla pacjentów, którzy martwią się zakończeniem terapii, można znaleźć w książce Ludgate'a (2009).

Powtarzanie tego, czego pacjent nauczył się w trakcie terapii

Terapeuta będzie zachęcał pacjenta do czytania i uporządkowania swoich notatek z terapii. Dzięki temu łatwiej będzie mu do nich sięgać w przyszłości. Na przykład dobrym zadaniem byłoby streszczenie na piśmie najważniejszych rzeczy, jakich pacjent nauczył się w czasie terapii.

Sesje autoterapii

Chociaż wielu pacjentów nie przeprowadza formalnych sesji autoterapii, warto omówić z pacjentem plan autoterapii (zob. rycina 18.3) i zachęcić go do skorzystania z niego. Jeśli pacjent próbuje prowadzić autoterapię, gdy nadal odbywają się sesje zwykłej terapii, jest dużo większe prawdopodobieństwo, że będzie to robił także po jej zakończeniu. Może wtedy odkryć potencjalne problemy: za mało czasu,

1. *Dokonaj przeglądu ostatniego tygodnia (tygodni).*
   - Jakie pozytywne rzeczy wydarzyły się w minionym tygodniu? Za co należy mi się uznanie?
   - Czy pojawiły się jakieś problemy? Jeśli tak, co zrobiłem/am? Jeśli problem wystąpi ponownie, co powinienem/powinnam zrobić inaczej?
2. *Dokonaj przeglądu pracy osobistej.*
   - Czy zrobiłem/am to, co planowałem/am? Jeśli nie, co mi w tym przeszkodziło (praktyczne trudności, automatyczne myśli) i co mogę z tym zrobić następnym razem?
   - Jakie zadania powinienem/powinnam wykonać w tym tygodniu?
3. *Bieżące problemy lub trudne sytuacje.*
   - Czy patrzę na dany problem realistycznie, czy reaguję przesadnie? Czy mogę spojrzeć na niego w jakiś inny sposób?
   - Co powinienem/powinnam zrobić?
4. *Przewidywanie problemów, które mogą wystąpić w przyszłości.*
   - Jakie problemy mogą się pojawić w ciągu nadchodzących dni lub tygodni i co powinienem/powinnam zrobić, jeśli dany problem rzeczywiście wystąpi?
5. *Ustal nową pracę osobistą.*
   - Jakie zadanie mi pomoże? Czy powinienem/powinnam rozważyć:
     - Wypełnianie zapisów myśli?
     - Planowanie zajęć dających poczucie przyjemności lub sukcesu?
     - Czytanie notatek z terapii?
     - Ćwiczenie nabytych umiejętności, na przykład relaksacji?
     - Sporządzanie listy zasług?
6. *Zaplanuj następną sesję autoterapii.*

Rycina 18.3. Przewodnik po sesjach autoterapii. Źródło: *Cognitive behavior therapy worksheet packet*. Copyright 2011 by Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

niezrozumiałe instrukcje oraz przeszkadzające myśli (np. „To za dużo pracy", „Tak naprawdę nie jest mi to potrzebne", „Sama sobie z tym nie poradzę"). Oprócz udzielania pomocy w reagowaniu na te problemy terapeuta może przypominać pacjentowi o zaletach autoterapii: kontynuuje on terapię, ale w dogodnym dla siebie czasie i za darmo, może utrzymywać w gotowości nowo nabyte narzędzia, może roz-

Scanned by CamScanner

wiązywać trudności, zanim staną się poważnymi problemami, ogranicza ryzyko nawrotu i może wykorzystywać swoje umiejętności do wzbogacania różnych aspektów własnego życia.

Ogólny plan autoterapii przedstawiono na rycinie 18.3. Terapeuta może go omówić z pacjentem i dostosować do jego potrzeb. Wielu pacjentom przydaje się krótkie omówienie metody przypominania o sesjach: „Na początku może pani prowadzić autoterapię raz na tydzień, a potem rzadziej – raz lub dwa razy w miesiącu, raz na kwartał i ostatecznie raz na rok. W jaki sposób będzie pani sobie przypominać, żeby co jakiś czas sięgnąć po ten plan autoterapii?".

Przygotowanie się do pogorszenia po zakończeniu terapii

Jak wspomniano, terapeuta zaczyna przygotowywać pacjenta na możliwość pogorszenia już na wczesnym etapie terapii. Gdy terapia zbliża się do końca, powinien zachęcić go do opracowania karty radzenia sobie, w której wyszczególni, co należy robić, kiedy po zakończeniu terapii dojdzie do pogorszenia (typową kartę przedstawia rycina 18.4).

Zanim pacjent zadzwoni do terapeuty, powinien spróbować rozwiązać ewentualne trudności samodzielnie. Jeśli rzeczywiście jest mu potrzebna jeszcze jedna sesja terapeutyczna, terapeuta może pomóc

Co mogę robić w razie pogorszenia:

1. *Mam wybór. Mogę nadal mieć katastroficzne myśli na temat pogorszenia, zamartwiać się, uważać, że nie ma już nadziei, i prawdopodobnie czuć się jeszcze gorzej. Albo mogę przejrzeć notatki z terapii, przypomnieć sobie, że pogorszenie jest normalnym elementem procesu zdrowienia, i zobaczyć, czego to pogorszenie może mnie nauczyć. Zrobienie tych rzeczy prawdopodobnie poprawi moje samopoczucie i pogorszenie nie będzie takie dolegliwe.*
2. *Następnie powinnam przeprowadzić sesję autoterapii i zaplanować odpowiednie działania w celu rozwiązania problemów.*
3. *Powinnam zadzwonić do przyjaciółki lub członka rodziny, jeśli będę potrzebowała dodatkowej pomocy.*
4. *Mogę zadzwonić do terapeuty w celu krótkiego przedyskutowania z nim, co powinnam zrobić, lub zaplanowania kolejnej sesji.*

Rycina 18.4. Przygotowana przez Sally karta radzenia sobie na wypadek pogorszeń

w ustaleniu, co mu przeszkodziło w samodzielnym poradzeniu sobie z problemem lub pogorszeniem, i wspólnie mogą zaplanować, co pacjent może zrobić inaczej w przyszłości.

SESJE PODTRZYMUJĄCE

Z kilku powodów terapeuta powinien zachęcić pacjenta do zaplanowania wizyt podtrzymujących po zakończeniu terapii. Jeśli pojawią się jakieś trudności, terapeuta może omówić zastosowaną przez pacjenta metodę radzenia sobie z nimi i ocenić, czy istniało jakieś lepsze rozwiązanie. Razem mogą wybiec myślą o kilka tygodni lub miesięcy wprzód i przewidzieć ewentualne trudności. Następnie mogą wspólnie opracować plan, jak sobie z radzić z tymi sytuacjami. Wiedząc, że terapeuta zada pytanie o postępy w autoterapii, pacjent może czuć się zmotywowany do wykonywania pracy osobistej i ćwiczenia poznanych umiejętności. Oprócz tego terapeuta może pomóc pacjentowi w ustaleniu, czy jego uprzednio zmodyfikowane dysfunkcjonalne przekonania nie zostały ponownie uruchomione. Jeśli tak się stało, mogą rozpocząć restrukturyzację poznawczą w czasie sesji i zaplanować dalszą pracę nad przekonaniami w domu.

Sesje podtrzymujące dają terapeucie okazję do sprawdzenia, czy pacjent nie wrócił do dysfunkcjonalnych strategii (takich jak unikanie). Pacjent może sformułować nowe lub jeszcze nieosiągnięte cele i opracować plan pracy. Wspólnie mogą ocenić program autoterapii i w razie potrzeby wprowadzić do niego zmiany. Wreszcie kiedy pacjent wie, że po zakończeniu terapii ma zaplanowane sesje podtrzymujące, jego lęk związany z samodzielnym podtrzymaniem postępów zazwyczaj ulega obniżeniu.

Aby przygotować pacjenta do sesji podtrzymującej, terapeuta może dać mu listę pytań (zob. rycina 18.5).

Jak pokazuje poniższy fragment rozmowy, podczas sesji podtrzymującej terapeuta chce przede wszystkim sprawdzić dobrostan pacjenta i plan dalszego podtrzymywania uzyskanych postępów:

TERAPEUTKA: Cieszę się, że mógł pan dzisiaj przyjść. Na podstawie wyniku, jaki pan osiągnął w Skali Depresji Becka, można wyciągnąć wniosek, że pana nastrój jest trochę niższy niż wtedy, kiedy po raz ostatni się spotkaliśmy. Czy to się zgadza?

PACJENT: Tak, moja dziewczyna niedawno ze mną zerwała.

TERAPEUTKA: Przykro mi. Czy pana zdaniem ta sytuacja jest odpowiedzialna za pana wyższy wynik?

Scanned by CamScanner

1. Zaplanuj sesję z wyprzedzeniem – ustal ostateczny termin (jeśli to możliwe), a następnie zadzwoń w celu potwierdzenia.

2. Rozważ przyjście do terapeuty jako środek zapobiegawczy, nawet jeśli podtrzymujesz osiągnięte postępy.

3. Przygotuj się do spotkania. Zastanów się, co warto omówić, w tym:

   a. Jak sobie radzisz?

   b. Jakie pojawiły się problemy? Jak sobie z nimi poradziłeś/aś? Czy było lepsze rozwiązanie?

   c. Jakie problemy mogą się pojawić między tą sesją podtrzymującą a następną? Wyobraź sobie konkretny problem ze szczegółami. Jakie automatyczne myśli mogą ci przyjść do głowy? Jakie przekonania mogą zostać uruchomione? Jak sobie z nimi poradzisz? Jak rozwiążesz problem?

   d. Jakie narzędzia poznawczo-behawioralne wykorzystałeś/aś? Jakie narzędzia poznawczo-behawioralne chciałbyś/chciałabyś wykorzystać przed następną sesją podtrzymującą? Jakie automatyczne myśli mogą ci w tym przeszkodzić? Jak odpowiesz na te myśli?

   e. Jakie dalsze cele sobie stawiasz? Jak je osiągniesz? W jaki sposób mogą ci w tym pomóc umiejętności zdobyte w czasie terapii poznawczo-behawioralnej?

Rycina 18.5. Przewodnik po sesjach podtrzymujących. Źródło: *Cognitive behavior therapy worksheet packet*. Copyright 2011 by Judith S. Beck. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

PACJENT: Chyba tak. Jeszcze tydzień temu czułem się całkiem nieźle.

TERAPEUTKA: Czy chciałby pan porozmawiać dzisiaj o tym zerwaniu? Czy mam umieścić ten punkt w programie?

PACJENT: Tak, to i moje postępy, a raczej brak postępów, w szukaniu nowej pracy.

TERAPEUTKA: W porządku. A ja chciałabym wiedzieć, jak ogólnie się panu powodzi, poza zerwaniem z dziewczyną. Czy napotkał pan jakieś inne trudności, jak sobie pan z nimi poradził, ile pracy osobistej udało się panu wykonać i czy jakieś problemy mogą się pojawić w następnych dwóch lub trzech miesiącach. Czy to panu odpowiada?

PACJENT: Tak.

TERAPEUTKA: Czy chciałby pan zacząć od zerwania? Proszę mi opowiedzieć, jak do tego doszło. (*Pokrótce omawiamy tę kwestię. Interesuje mnie to, jak pacjent zareagował na zerwanie i czy zostały uruchomione jego poprzednie dysfunkcjonalne przekonania*) [podsumowuje]. A zatem zaczęło się między wami psuć i pana dziewczyna powiedziała, że chce się zacząć spotykać z innymi mężczyznami. Kiedy to pan usłyszał, jakie myśli przyszły panu do głowy?

PACJENT: Że tak naprawdę mnie nie kochała.

TERAPEUTKA: I co dla pana oznaczało, że pana nie kochała?

PACJENT: Że coś musi być ze mną nie tak.

TERAPEUTKA: A konkretnie o czym pan pomyślał?

PACJENT: Że nie jestem godzien miłości.

TERAPEUTKA: W jakim stopniu był pan przekonany o tym, że nie jest pan godzien miłości, kiedy pana dziewczyna oznajmiła, że chce się spotykać z innymi mężczyznami?

PACJENT: Na jakieś 90%.

TERAPEUTKA: W jakim stopniu jest pan o tym przekonany teraz?

PACJENT: W mniejszym. Może na 50% lub 60%.

TERAPEUTKA: Skąd ta różnica?

PACJENT: No cóż, w głębi duszy wiem, że prawdopodobnie po prostu nie pasowaliśmy do siebie.

TERAPEUTKA: Więc potrafił pan zmodyfikować to dawne przekonanie, że nie jest pan godny miłości?

PACJENT: Trochę.

TERAPEUTKA: Dobrze. Jakie narzędzia poznane w trakcie terapii pomogą panu stłumić to dawne przekonanie i utrwalić pogląd, że jest pan godny miłości?

PACJENT: Zapewne mógłby mi pomóc zapis myśli. I wiem, że w moich notatkach z terapii jest dużo na ten temat. Powinienem ponownie do nich sięgnąć.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: To mogło pomóc. Czy pomyślał pan, żeby to zrobić?

PACJENT: No tak. Ale wtedy uznałem, że chyba mi to nie pomoże.

TERAPEUTKA: A co sądzi pan teraz?

PACJENT: No cóż, wcześniej pomagało, więc powinno pomóc i teraz.

TERAPEUTKA: Co może panu przeszkodzić w popracowaniu nad tą sprawą przez kilka następnych dni?

PACJENT: Nic. Zrobię to. Myślę, że prawdopodobnie mi to pomoże.

TERAPEUTKA: Czy myśl: „To mi nie pomoże", mogłaby się znowu pojawić następnym razem, kiedy doświadczy pan jakiejś trudności?

PACJENT: Istnieje taka możliwość.

TERAPEUTKA: Co może pan zrobić teraz, aby zwiększyć prawdopodobieństwo, że zweryfikuje pan prawdziwość tej myśli?

PACJENT: Co mogę zrobić *teraz*?

TERAPEUTKA: Tak. Co może pan zrobić, by powiedzieć sobie, że doświadczył pan tej myśli w *tym* czasie i zdał sobie sprawę, że nie musi ona być zgodna z rzeczywistością.

PACJENT: Powinienem to zapisać, może na kartce, którą będę trzymać na biurku.

TERAPEUTKA: Dobrze. Proszę zanotować to, o czym rozmawialiśmy – zapisanie w tabeli, że nie jest pan godny miłości, przeczytanie notatek z terapii i zapisanie odpowiedzi na myśl: „To mi nie pomoże".

W tej części sesji podtrzymującej oceniam poziom depresji pacjenta, ustalam program, omawiam problem i pomagam pacjentowi w wyznaczeniu pracy osobistej. Upewniam się, że ma on tylko łagodne objawy depresji, które wydają się spowodowane przede wszystkim rozpadem związku. (Gdyby depresja miała większe nasilenie, poświęciłabym więcej czasu na zbadanie czynników wyzwalających, a także na rozpoznanie i zmodyfikowanie dysfunkcjonalnych przekonań, myśli i zachowań. Omówilibyśmy także celowość dodatkowych sesji).

Ten pacjent z łatwością wyraża swoją automatyczną myśl i podstawowe przekonanie. Nie musimy wspólnie poświęcać zbyt wiele czasu na plan zmodyfikowania jego poglądów, gdyż pacjent już poznał odpowiednie narzędzia podczas terapii. Sesja podtrzymująca jest mu potrzebna do przypomnienia sobie o nich i zmotywowania się do ich używania.

Jak widać, zapobieganie nawrotom jest przeprowadzane w ciągu całej terapii. Problemy związane z mniejszą częstotliwością sesji czy zakończeniem terapii należy rozwiązywać tak jak inne problemy, za pomocą procedury rozwiązywania problemów w połączeniu z formułowaniem odpowiedzi na dysfunkcjonalne myśli i przekonania.

Scanned by CamScanner

ROZDZIAŁ 19

PLANOWANIE TERAPII

W jaki sposób terapeuta decyduje, co zrobić lub powiedzieć w danym momencie terapii? Częściowe odpowiedzi na to pytanie można znaleźć w całej tej książce, ale w niniejszym rozdziale zagadnienie podejmowania decyzji i planowania przebiegu terapii omówiono bardziej wszechstronnie. Aby utrzymać właściwy kierunek terapii, terapeuta nieustannie zadaje sobie pytanie: „Z jakim konkretnym problemem mamy tutaj do czynienia i co staram się osiągnąć?". Pamięta o celach, jakie sobie stawia w obecnej części sesji, na sesji jako całości, na obecnym etapie terapii oraz w terapii jako całości. W rozdziale tym omówiono kilka dziedzin istotnych dla skutecznego planowania terapii:

- Osiąganie ogólnych celów terapeutycznych.
- Planowanie terapii jako całości.
- Opracowanie planu leczenia.
- Planowanie poszczególnych sesji.
- Wybór problemu, na którym należy się skupić.
- Dostosowanie standardowego leczenia do konkretnych zaburzeń.

OSIĄGANIE OGÓLNYCH CELÓW TERAPEUTYCZNYCH

Na najogólniejszym poziomie celem terapeuty jest nie tylko doprowadzenie do remisji zaburzenia pacjenta, ale także zapobieganie nawrotom. Aby osiągnąć drugi z nich, terapeuta na początku terapii mówi pacjentowi, że zamierza nauczyć go, jak stać się swoim własnym terapeutą. Aby osiągnąć swoje cele, terapeuta powinien:

1. Stworzyć mocne przymierze terapeutyczne z pacjentem.
2. Wyjaśnić mu porządek oraz przebieg terapii.
3. Zapoznać pacjenta z modelem poznawczym i przedstawić mu swoją konceptualizację.
4. Pomóc zmniejszyć cierpienie pacjenta za pomocą rozmaitych technik i procedury rozwiązywania problemów.
5. Nauczyć go samodzielnego korzystania z tych technik, pomóc mu w generalizacji ich zastosowania i zmotywować go do posługiwania się nimi w przyszłości.

PLANOWANIE TERAPII JAKO CAŁOŚCI

Terapeuta opracowuje ogólny plan terapii oraz konkretny plan każdej sesji. Terapię można podzielić na trzy etapy. W początkowej fazie terapeuta buduje mocną relację terapeutyczną, rozpoznaje i określa cele pacjenta w terapii, rozwiązuje problemy, zapoznaje pacjenta z modelem poznawczym, skłania go do aktywizacji behawioralnej (zwłaszcza jeśli cierpi na depresję i odsuwa się od ludzi), wyjaśnia mu naturę jego zaburzenia, uczy go, jak rozpoznawać, weryfikować i podważać automatyczne myśli, angażuje go w proces terapii (praca osobista, ustalanie programu sesji, informacje zwrotne) oraz uczy go strategii radzenia sobie. W pierwszej fazie terapii inicjatywa w ustalaniu zadań często jest po stronie terapeuty.

W środkowym stadium leczenia terapeuta nadal pracuje nad osiągnięciem tych celów, lecz także kładzie nacisk na rozpoznawanie, weryfikowanie i modyfikowanie przekonań pacjenta. Przedstawia pacjentowi swoją konceptualizację i za pomocą technik „intelektualnych" i „emocjonalnych" wspomaga modyfikację jego przekonań. Uczy go umiejętności potrzebnych do osiągnięcia jego celów.

W ostatniej fazie leczenia punkt ciężkości przesuwa się na przygotowania do zakończenia terapii i zapobieganie nawrotom. Na tym etapie pacjent bierze już znacznie aktywniejszy udział w terapii, przejmując inicjatywę w ustalaniu programu spotkań, proponowaniu rozwiązań problemów, sporządzaniu notatek z terapii oraz wymyślaniu zadań.

OPRACOWANIE PLANU LECZENIA

Terapeuta opracowuje plan terapii na postawie oceny stanu pacjenta, objawów i zaburzeń z osi I i II oraz zgłaszanych przez niego konkretnych problemów i celów. Na przykład Sally podczas pierwszej wizyty podała cztery cele: poprawienie wyników w nauce, zmniejszenie lęku związanego z testami i egzaminami, częstsze spędzanie

Scanned by CamScanner

czasu ze znajomymi, korzystanie z dodatkowych zajęć na uczelni oraz czerpanie większej przyjemności z życia. Na podstawie tych celów oraz badania diagnostycznego przy przyjęciu ustaliłam ogólny plan terapii (zob. rycina 19.1). Na każdej sesji pracowałyśmy nad kilkoma dziedzinami wymienionymi w planie, opierając się na tym, co zostało omówione na poprzednich sesjach, co Sally zrobiła w ramach pracy osobistej oraz jakie problemy lub tematy zgłosiła w danym dniu. Terapeuta zastanawia się także nad poszczególnymi zagadnieniami i celami, dokonując ich krytycznej analizy w myślach lub na papierze (rycina 19.2).

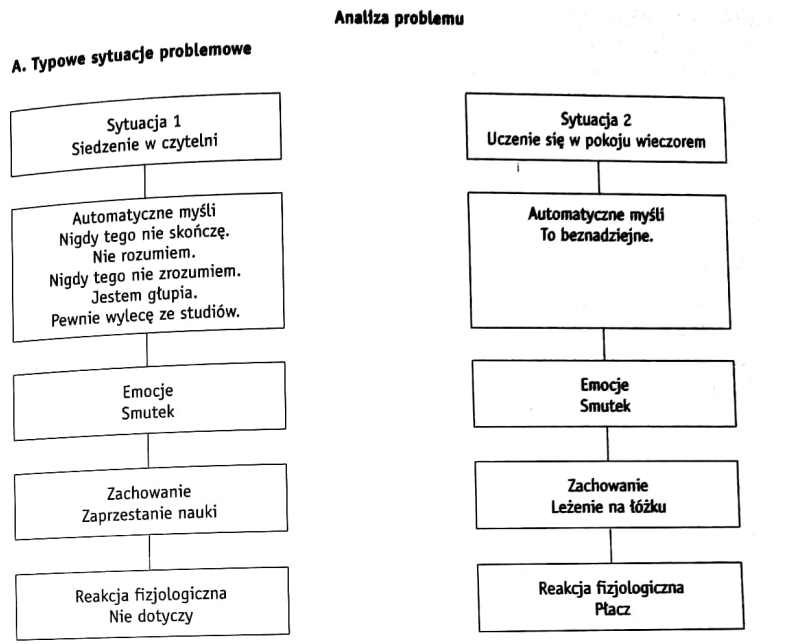
Po sformułowaniu ogólnego planu terapii terapeuta trzyma się go w większym lub mniejszym stopniu i w razie potrzeby go rewiduje. Analizowanie konkretnych kwestii zmusza go do szczegółowego konceptualizowania problemów pacjenta oraz dostosowania planu terapii do jego potrzeb. Pomaga to również we właściwym ukierunkowaniu każdej sesji, w uchwyceniu procesu terapeutycznego między kolejnymi sesjami oraz w łatwiejszym dostrzeżeniu postępów.

PLANOWANIE POSZCZEGÓLNYCH WIZYT

Przed sesją i w jej trakcie terapeuta musi zadać sobie wiele pytań, które pomogą mu ustalić ogólny plan sesji i ukierunkują go podczas jej prowadzenia. Na najbardziej ogólnym poziomie powinien on siebie zapytać: „Co chcę osiągnąć i jak mogę to zrobić efektywnie?". Doświadczeni terapeuci automatycznie zastanawiają się nad wieloma konkretnymi zagadnieniami. Przedstawiona niżej lista pytań, choć potencjalnie zniechęcająca dla początkującego terapeuty, stanowi cenną pomoc dla terapeutów bardziej doświadczonych, którzy chcą doskonalić umiejętność podejmowania decyzji dotyczących postępo-

1. Zastosować procedurę rozwiązywania problemów do jej trudności związanych z koncentracją, proszeniem o pomoc w nauce, planowaniem czasu ze znajomymi oraz zapisaniem się na dodatkowe zajęcia.
2. Pomóc jej w rozpoznaniu, ocenie i podważeniu automatycznych myśli o sobie, szkole, innych ludziach i terapii – zwłaszcza tych, które są szczególnie dolegliwe i/lub które utrudniają jej rozwiązywanie problemów.
3. Przeanalizować dysfunkcjonalne przekonania dotyczące perfekcjonizmu i szukania pomocy u innych.
4. Omówić jej samokrytycyzm i nauczyć ją przypisywania sobie zasług.
5. Zwiększyć produktywną aktywność.

Rycina 19.1. Plan terapii Sally



B. Dysfunkcjonalne zachowania
Kiedy ma problemy ze zrozumieniem, ciągle powtarza jakiś materiał lub zupełnie przestaje się uczyć.
Nie formułuje odpowiedzi na automatyczne myśli.
Nie prosi innych o pomoc.

C. Zniekształcenia poznawcze
Źródeł problemu doszukuje się we własnej słabości, a nie w depresji.
Zakłada, że nie ma nadziei na przyszłość.
Zakłada, że jest bezradna i nie potrafi rozwiązać problemu.
Być może stawia znak równości między swoją wartością a osiągnięciami?

D. Strategie terapeutyczne
1. Przeprowadzić procedurę rozwiązywania problemów. Zająć się innym przedmiotem, jeśli po dwukrotnym przeczytaniu tekst nadal jest niezrozumiały. Obmyślić plan uzyskania formalnej lub nieformalnej pomocy ze strony profesorów, asystenta, opiekuna naukowego lub innego studenta. Podczas wizyty opracować karty radzenia sobie, które można czytać przed rozpoczęciem nauki i w jej trakcie.
2. Obserwować nastrój i zachowanie. Odnotować automatyczne myśli, kiedy nastrój się obniża lub kiedy pojawia się unikanie.
3. Za pomocą dialogu sokratejskiego zweryfikować automatyczne myśli. Nauczyć pacjentkę korzystania z zapisu myśli.
4. Za pomocą dialogu sokratejskiego odkryć znaczenie automatycznych myśli. Przedstawić je w formie warunku (Jeśli..., to...) i zweryfikować ich prawdziwość.
5. W razie potrzeby za pomocą kontinuum poznawczego pokazać, że osiągnięcia tworzą kontinuum i nie można ich oceniać tylko pod kątem doskonałości lub porażki.

Rycina 19.2. Analiza problemu 1: trudności z nauką

Scanned by CamScanner

wania w trakcie sesji. Listę tę należy przeczytać i przemyśleć przed sesją, ponieważ świadomy namysł nad pytaniami w trakcie spotkania niewątpliwie zakłóciłby proces terapeutyczny.

1. Podczas przeglądania notatek z poprzedniej sesji *przed daną sesją* terapeuta powinien zadać sobie następujące pytania:
   a. Na jakie zaburzenie(a) cierpi pacjent? Jak, jeśli w ogóle, należy zmodyfikować standardową terapię poznawczo-behawioralną, aby dostosować ją do tego zaburzenia i potrzeb tego pacjenta?
   b. Jak konceptualizuję problemy pacjenta? Jak, jeśli w ogóle, należy zmodyfikować standardową terapię poznawczo-behawioralną, aby dostosować ją do potrzeb tego pacjenta?
   c. Na jakim etapie terapii się znajdujemy (początek, środek, koniec)? Ile spotkań jeszcze nam zostało (jeśli istnieje ograniczenie)?
   d. Jakie postępy zrobiliśmy do tej pory, jeśli chodzi o nastrój, zachowanie i objawy pacjenta? Jakie postępy udało nam się poczynić na drodze do osiągnięcia celów pacjenta i rozwiązania jego problemów?
   e. Jak mocne jest nasze przymierze terapeutyczne? Co ewentualnie muszę dzisiaj zrobić, aby je wzmocnić?
   f. Na jakim poziomie *poznawczym* przeważnie pracowaliśmy – na poziomie automatycznych myśli, przekonań pośredniczących, kluczowych czy na różnych poziomach jednocześnie? Jakie postępy uzyskaliśmy na poszczególnych poziomach?
   g. Nad jakimi zmianami behawioralnymi pracowaliśmy? Jakie zrobiliśmy postępy?
   h. Co wydarzyło się podczas kilku ostatnich sesji? Jakie dysfunkcjonalne poglądy lub problemy przeszkadzały w terapii (jeśli w ogóle)? Nad jakimi umiejętnościami pracowaliśmy? Które z nich chcę wzmacniać? Jakich nowych umiejętności chcę pacjenta nauczyć?
   i. Co działo się na ostatniej sesji? Jaką pracę osobistą pacjent zgodził się wykonać? Co ja zgodziłem/am się zrobić (np. zadzwonić do lekarza lub znaleźć odpowiednią książkę poświęconą problemom pacjenta)?
2. Gdy terapeuta rozpoczyna sesję i sprawdza *nastrój* pacjenta, powinien zadać sobie następujące pytania:
   a. Jakie jest samopoczucie pacjenta od czasu ostatniej sesji w porównaniu z wcześniejszym etapem terapii? Jaki nastrój dominuje (np. smutek, poczucie beznadziejności, lęk, gniew czy wstyd)?
   b. Czy wyniki testów i skal samooceny pasują do subiektywnego opisu pacjenta? Jeśli nie, czym to jest spowodowane?
   c. Czy jakąś kwestię związaną z nastrojem powinniśmy umieścić w programie sesji i szerzej omówić?

3. Gdy pacjent pokrótce *omawia miniony tydzień*, terapeuta powinien zadać sobie następujące pytania:
   a. Jak minął ten tydzień w porównaniu z poprzednimi?
   b. Czy są jakieś oznaki postępu? Czy pacjent miał jakieś pozytywne doświadczenia? Jeśli tak, to jakie?
   c. Jakie problemy pojawiły się w tym tygodniu?
   d. Czy wydarzyło się w tym tygodniu coś (pozytywnego lub negatywnego), co powinniśmy umieścić w programie sesji i szerzej omówić?
4. Gdy terapeuta sprawdza używanie *alkoholu, narkotyków i leków* przez pacjenta (jeśli to go dotyczy), powinien zadać sobie następujące pytanie:
   a. Czy pojawił się problem w którejś z tych sfer? Jeśli tak, czy powinniśmy go włączyć do programu sesji i szerzej omówić?
5. Gdy terapeuta i pacjent *ustalają program sesji*, terapeuta powinien zadać sobie następujące pytanie:
   a. Który problem jest najważniejszy dla pacjenta? Który najłatwiej rozwiązać? Który przypuszczalnie przyniesie największe złagodzenie objawów podczas dzisiejszej sesji i w nadchodzącym tygodniu?
6. Gdy terapeuta i pacjent ustalają *hierarchię ważności punktów programu*, terapeuta powinien zadać sobie następujące pytania:
   a. Ile czasu potrzeba na poszczególne punkty programu? Ile tematów możemy omówić?
   b. Czy jakieś problemy pacjent może rozwiązać sam lub z pomocą kogoś innego, czy też poruszyć je na następnej sesji?
7. Kiedy terapeuta i pacjent *omawiają pracę osobistą*, terapeuta powinien zadać sobie następujące pytania:
   a. W jaki sposób praca osobista wiąże się z punktami programu? Czy omówienie któregoś zadania należy przełożyć na później, gdy przejdziemy do konkretnego problemu?
   b. Ile pracy osobistej pacjent wykonał? Czy coś mu w tym przeszkadzało? Jeśli tak, to co?
   c. W jakim stopniu pacjent zgadza się z każdym stwierdzeniem zawartym w notatkach z ostatniego tygodnia oraz w notatkach z poprzednich tygodni (jeśli nadal są istotne)? Czy notatki z terapii mają znaczenie dla problemów z dzisiejszego programu?
   d. Czy zadanie okazało się przydatne? Jeśli nie, to z jakiego powodu? Jeśli tak, to czego pacjent się nauczył?
   e. Czy któreś zadania warto byłoby kontynuować w nadchodzącym tygodniu?
   f. Jak, jeśli w ogóle, powinniśmy zmodyfikować zadanie wyznaczone na tej sesji, aby było skuteczniejsze?
8. Gdy terapeuta i pacjent omawiają *pierwszy punkt programu*, terapeuta powinien zadać sobie pytania dotyczące czterech dziedzin:

Scanned by CamScanner

Zdefiniowanie problemu

a. Na czym polega problem?
b. W jakich konkretnych sytuacjach się pojawiał? Jeśli pojawił się częściej niż raz, w jakiej sytuacji pacjent był najbardziej zaniepokojony lub zachowywał się najbardziej dysfunkcjonalnie?
c. Dlaczego *pacjent* uważa, że ten problem go dotyczy? Dlaczego *ja* uważam, że ten problem dotyczy pacjenta?
d. W jaki sposób problem ten wiąże się z ogólną konceptualizacją funkcjonowania pacjenta? Jak wiąże się z jego celami?

Obmyślenie strategii

a. Co pacjent już zrobił w celu rozwiązania problemu?
b. Co *ja* bym zrobił/a, gdybym był/a na miejscu pacjenta i miał/a tego rodzaju problem?
c. Czy możemy rozwiązać ten problem od razu? Jakie myśli i przekonania mogą przeszkadzać w rozwiązaniu problemu lub wprowadzeniu danego rozwiązania w życie?

Wybór technik

a. Co konkretnie chcę osiągnąć, omawiając ten punkt programu?
b. Jakie techniki sprawdziły się w przypadku tego pacjenta (lub podobnych pacjentów) w przeszłości? Jakie techniki *nie* zadziałały?
c. Którą technikę powinienem/powinnam wypróbować najpierw?
d. Jak ocenię jej skuteczność?
e. Czy tylko zastosuję daną technikę, czy zastosuję ją *oraz* nauczę jej pacjenta?

Monitorowanie przebiegu

a. Czy pracujemy razem jako zespół?
b. Czy pacjentowi przeszkadzają jakieś myśli na temat siebie, tej techniki, naszej terapii, mnie lub przyszłości?
c. Czy jego nastrój ulega poprawie? Czy wybrana technika jest skuteczna? Czy powinienem/powinnam wypróbować coś innego?
d. Czy skończymy omawianie tego punktu programu na czas? Jeśli nie, to czy powinniśmy wspólnie z pacjentem zdecydować, że kontynuujemy rozmowę na ten temat i skracamy lub zarzucamy omawianie innych problemów?
e. Jakie dalsze ćwiczenia (np. w ramach pracy osobistej) mogą być przydatne?
f. Co powinniśmy zanotować, żeby pacjent mógł to później przejrzeć w domu?

9. *Po omówieniu pierwszego punktu programu sesji* terapeuta powinien zadać sobie następujące pytania:
   a. Jakie jest teraz samopoczucie pacjenta?
   b. Czy muszę coś zrobić, żeby ponownie nawiązać dobrą relację?
   c. Ile czasu zostało na sesji? Czy mamy czas na następny punkt programu? Co powinniśmy teraz zrobić?
10. *Przed zakończeniem sesji* terapeuta powinien zadać sobie następujące pytania:
    a. Czy zrobiliśmy postępy? Czy samopoczucie pacjenta jest lepsze?
    b. Czy pacjent zobowiązał się do wykonania pracy osobistej, co do której się zgodziliśmy?
    c. Czy mam sondować pacjenta pod kątem negatywnych informacji zwrotnych? Jeśli pacjent udzielił tego typu informacji, to jak powinienem/powinnam się do nich odnieść?
11. *Po sesji* terapeuta powinien zadać sobie następujące pytania:
    a. Jak powinienem/powinnam uzupełnić konceptualizację?
    b. O poruszeniu jakich kwestii powinienem/powinnam pamiętać na następnej sesji? Na dalszych sesjach?
    c. Czy muszę poświęcać uwagę naszej relacji?
    d. Jak oceniłbym/oceniłabym się w każdej pozycji Skali Oceny Terapii Poznawczej [dodatek C]? Gdybym mógł/mogła powtórzyć tę sesję, czy coś zrobiłbym/zrobiłabym inaczej?

WYBÓR PROBLEMU, NA KTÓRYM NALEŻY SIĘ SKUPIĆ

Niezwykle istotną kwestią na każdej sesji terapeutycznej jest wybór problemu (lub problemów), jakim należy się zająć. Chociaż terapeuta podejmuje tę decyzję wspólnie z pacjentem, niemniej jednak ukierunkowuje rozmowę na trwające (lub nawracające) problemy, które są źródłem cierpienia i którym – w jego opinii – można częściowo zaradzić podczas sesji. Terapeuta zazwyczaj ogranicza omawianie problemów, które:

- Pacjent może rozwiązać sam.
- Są pojedynczymi incydentami i najprawdopodobniej się nie powtórzą.
- Nie są źródłem szczególnych dolegliwości psychicznych.

Po rozpoznaniu i określeniu problemu terapeuta robi kilka rzeczy, które pomogą mu podjąć decyzję, ile czasu i wysiłku poświęcić na dany problem:

1. Zbiera dodatkowe informacje na temat problemu.
2. Rozważa dostępne opcje.
3. Zastanawia się nad kwestiami praktycznymi.
4. Wykorzystuje etap terapii jako wskazówkę.
5. Zmienia temat, jeśli to konieczne.

Kroki te zostaną opisane po kolei poniżej.

Scanned by CamScanner

Zbieranie dodatkowych informacji na temat problemu

Kiedy pacjent po raz pierwszy wspomina o problemie lub kiedy istnienie problemu staje się oczywiste w trakcie wizyty, terapeuta ocenia jego charakter w celu ustalenia, czy wymaga on interwencji. Na przykład Sally dodała nowy problem do programu: upada firma jej ojca i jest jej z tego powodu smutno. Za pomocą pytań próbuję wybadać, czy warto poświęcić na ten problem znaczną część czasu terapii:

TERAPEUTKA: W porządku, powiedziała pani, że chce porozmawiać o ojcu i jego firmie?

PACJENTKA: Tak. Od jakiegoś czasu kiepsko mu się powodziło, ale teraz wydaje się, że firma może zbankrutować.

TERAPEUTKA: [zbiera więcej informacji] Jeśli zbankrutuje, jaki to będzie miało na panią wpływ?

PACJENTKA: O, bezpośrednio żaden. Po prostu czuję się strasznie źle z jego powodu. To znaczy, nadal będzie miał dość pieniędzy... ale naprawdę ciężko na to pracował.

TERAPEUTKA: [próbuje ustalić, czy w myśleniu Sally nie ma jakiegoś zniekształcenia] Co się pani zdaniem stanie, jeśli jego firma rzeczywiście zbankrutuje?

PACJENTKA: No cóż, on już zaczął się rozglądać za jakimś nowym interesem. Nie jest typem człowieka, który się wyleguje czy bierze sobie wolne.

TERAPEUTKA: [dalej bada, czy Sally myśli w sposób dysfunkcjonalny] Co w tym jest dla pani najgorsze?

PACJENTKA: Tylko to, że pewnie ojciec się tym martwi.

TERAPEUTKA: A co pani czuje, kiedy pani o tym myśli?

PACJENTKA: Źle się z tym czuję... Jest mi smutno.

TERAPEUTKA: Jak bardzo jest pani smutno?

PACJENTKA: Chyba tak w średnim stopniu.

TERAPEUTKA: [sprawdza, czy pacjentka potrafi patrzeć dalekowzrocznie] Czy nie ma pani poczucia, że chociaż na początku ojciec będzie czuł się źle, to jednak ten stan nie będzie trwał w nieskończoność? Że prawdopodobnie rozkręci inną działalność i poczuje się lepiej?

PACJENTKA: Tak, pewnie tak będzie.

TERAPEUTKA: Czy czuje pani, że pani smutek jest „normalny" w tej sytuacji? Czy też myśli pani, że to *zbyt* mocno na panią działa?

PACJENTKA: Myślę, że to normalna reakcja.

TERAPEUTKA: [oceniwszy, że dalsza praca nad tym problemem nie jest uzasadniona] Czy coś jeszcze chciałaby pani dodać na ten temat?

PACJENTKA: Nie, chyba nie.

TERAPEUTKA: W porządku. Przykro mi, że pani ojciec ma kłopoty. Proszę mi powiedzieć, jak się ta sprawa dalej potoczy.

PACJENTKA: Zrobię tak.

TERAPEUTKA: Może więc przejdziemy do następnego punktu programu?

W innej sytuacji terapeuta stwierdza, że problem rzeczywiście *wymaga* interwencji:

TERAPEUTKA: Chciała pani porozmawiać o sprawach związanych z mieszkaniem w przyszłym roku?

PACJENTKA: Tak. Jestem dość zdenerwowana. Postanowiłyśmy ze współlokatorką nadal mieszkać razem. Ona chce się wyprowadzić z campusu, musimy więc szukać mieszkania w zachodniej dzielnicy lub w centrum miasta. Ale ona na ferie wiosenne jedzie do domu, więc niemal wszystko jest na mojej głowie.

TERAPEUTKA: Kiedy najbardziej denerwowała się pani tą sytuacją?

PACJENTKA: Wczoraj, kiedy zgodziłam się zacząć poszukiwania w czasie jej nieobecności. Właśnie wczoraj wieczorem zdałam sobie sprawę, że nie wiem, co robić.

TERAPEUTKA: Jak się pani czuła?

PACJENTKA: Przytłoczona... czułam lęk.

TERAPEUTKA: Gdy wieczorem zastanawiała się pani nad tym, jakie myśli przyszły pani do głowy?

PACJENTKA: Co ja zrobię? Nawet nie wiem, od czego zacząć.

TERAPEUTKA: [próbuje uzyskać pełniejszy obraz; chcąc ustalić, czy pojawiły się jakieś inne ważne myśli automatyczne] Jakie jeszcze myśli się pojawiły?

PACJENTKA: Czułam się przytłoczona. Nie wiedziałam, jak się do tego zabrać: czy mam iść do biura nieruchomości, przejrzeć ogłoszenia w internecie?

TERAPEUTKA: [próbuje odkryć dodatkowe myśli] Czy miała pani jakieś myśli na temat współlokatorki?

PACJENTKA: Nie, raczej nie... Obiecała, że mi pomoże, kiedy tylko wróci. Powiedziała, że do tego czasu nie muszę szukać.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: Czy sformułowała pani jakieś przewidywania?

PACJENTKA: Nie wiem.

TERAPEUTKA: [podaje przeciwstawny przykład] No cóż, czy myślała pani, że łatwo znajdzie piękne mieszkanie za niską cenę?

PACJENTKA: Nie... nie, myślałam: „Co będzie, jeśli znajdę mieszkanie i okaże się, że roi się w nim od karaluchów, jest w złym stanie albo sąsiedztwo jest niebezpieczne lub zbyt hałaśliwe?".

TERAPEUTKA: Czy takie właśnie wyobrażenie pojawiło się w pani głowie?

PACJENTKA: Tak. Ciemna, śmierdząca, brudna nora (*wzdryga się z obrzydzenia*).

Rozważenie dostępnych opcji

Po uzyskaniu szerszego obrazu terapeuta w myślach rozważa dostępne opcje. Mogłabym zrobić jedną lub kilka z następujących rzeczy:

1. Zaangażować Sally w zwykłe rozwiązywanie problemu, pomagając jej zdecydować, które działania będą najrozsądniejsze i najbardziej realistyczne.
2. Nauczyć Sally umiejętności rozwiązywania problemów, wykorzystując tę sprawę jako przykład.
3. Wykorzystać tę sytuację do utrwalenia modelu poznawczego.
4. Wykorzystać tę sytuację i pomóc Sally w zrozumieniu jej ogólniejszego problemu, który polega na *zakładaniu*, że jest niekompetentna w nowej sytuacji, co wywołuje w niej uczucie przytłoczenia, zamiast skłaniać ją do zweryfikowania tego przekonania.
5. Pomóc Sally w rozpoznaniu najbardziej dokuczliwej myśl i zweryfikowaniu jej prawdziwości.
6. Wykorzystać tę sytuację i nauczyć Sally, jak wypełniać zapis myśli.
7. Wykorzystać opisane przez nią wyobrażenie i nauczyć ją technik opartych na wyobrażeniach.
8. Wspólnie z pacjentką powziąć decyzję o przejściu do następnego punktu programu (np. do jeszcze pilniejszego problemu) i ponownym zajęciu się tą sprawą później na tej samej lub na następnej sesji.

Zastanowienie się nad kwestiami praktycznymi

W jaki sposób terapeuta decyduje, jaki kierunek obrać? Ja biorę pod uwagę wiele czynników, w tym:

1. Co przypuszczalnie przyniesie Sally widoczną ulgę?
2. Na zrobienie czego mamy czas? Co jeszcze musimy zrobić w trakcie tej sesji?
3. Jakie umiejętności warto nauczyć Sally lub omówić z nią w kontekście tego problemu?
4. Co Sally może zrobić samodzielnie (np. w ramach pracy osobistej), aby zmniejszyć swoje cierpienie? Na przykład jeśli mogłaby wypełnić zapis myśli w domu, to mogłybyśmy poświęcić sesję na inne rzeczy, które przyspieszą jej postępy.

Wykorzystanie etapu terapii jako wskazówki

Terapeuta często bierze pod uwagę etap terapii, na jakim znajduje się pacjent. Na przykład w pracy z pacjentem cierpiącym na depresję może nie podejmować złożonych (ale niezbyt pilnych) problemów na pierwszych kilku sesjach, jeśli istnieje małe prawdopodobieństwo, że uda mu się przybliżyć do ich rozwiązania. Skupienie się na łatwiejszych sprawach, które dają się przynajmniej częściowo rozwiązać, wzbudza w pacjencie nadzieję i daje mu większą motywację do pracy terapeutycznej.

Zmiana tematu podczas sesji

Czasami niełatwo jest ocenić, jak trudny okaże się dany problem i czy rozmowa na ten temat uruchomi bolesne przekonanie kluczowe. W takich wypadkach terapeuta może *wstępnie* skupić się na jakimś problemie, ale potem zmienić temat, kiedy zauważy, że jego interwencje są nieskuteczne lub pacjent doświadcza większego (niezamierzonego) cierpienia. Poniższą rozmowę przeprowadzono na jednej z pierwszych sesji:

TERAPEUTKA: W porządku, przejdźmy do następnego punktu. Powiedziała pani, że chciałaby znać więcej ludzi. (*Omawiamy ten cel bardziej szczegółowo*). Jak mogłaby pani poznać nowe osoby w tym tygodniu?

PACJENTKA: (*nieśmiałym głosem*) Mogłabym porozmawiać z ludźmi w pracy.

Scanned by CamScanner

TERAPEUTKA: (*zauważa, że pacjentka nagle wydaje się przybita*) Jakie myśli przyszły pani teraz do głowy?

PACJENTKA: To beznadziejne. Nigdy nie dam rady tego zrobić. Już próbowałam. (*Wygląda na zdenerwowaną*). Wszyscy poprzedni terapeuci też tego próbowali. Ale mówię pani, ja po prostu nie potrafię! W moim przypadku nic to nie da!

Z nagłej negatywnej zmiany afektywnej u pacjentki wnioskuję, że zostało uruchomione jakieś kluczowe przekonanie. Zdaję sobie sprawę, że rozwijanie teraz tego wątku przypuszczalnie przyniesie niepożądane rezultaty. Zamiast ponownie skupić się na tym problemie, postanawiam naprawić przymierze terapeutyczne, wydobywając gniewne automatyczne myśli pacjentki („Kiedy zapytałam, jak mogłaby pani poznać nowych ludzi, jakie myśli przyszły pani do głowy?"), a następnie pomagając jej w ich weryfikacji. Później daję pacjentce możliwość wyboru – możemy powrócić do omawianego problemu lub nie.

TERAPEUTKA: Cieszę się, że rozumie pani, iż nie miałam zamiaru namawiać pani do zrobienia rzeczy, na które nie jest pani przygotowana. Czy chce pani wrócić do tematu poznawania nowych ludzi, czy powinnyśmy to przełożyć na później [na inną sesję] i przejść do problemu, jaki pani miała w tym tygodniu ze swoją koleżanką Elise?

Jak widać, na początku terapii terapeuta stara się nie skupiać na problemach, których choćby częściowe rozwiązanie jest mało prawdopodobne (jeśli pacjent się zgodzi, żeby rozmowę na ten temat odłożyć na później). Na każdym etapie terapii unika problemów, które pacjent może rozwiązać samodzielnie, nad którymi nie chce pracować lub które są dla niego źródłem szczególnych dolegliwości psychicznych.

DOSTOSOWANIE STANDARDOWEGO LECZENIA DO KONKRETNYCH ZABURZEŃ

Przed przystąpieniem do pracy z pacjentem terapeuta musi dobrze zrozumieć jego bieżące objawy i funkcjonowanie, zgłaszane problemy, zdarzenia wyzwalające, przebieg rozwoju zaburzenia oraz diagnozę. W przypadku pacjentów, u których pierwotnym zaburzeniem nie jest prosta, jednobiegunowa depresja, terapeuta musi sięgnąć do specjalistycznych źródeł, aby zapoznać się z głównymi treściami poznawczymi, charakterystycznymi dla różnych zaburzeń psychicznych, oraz odpowiednimi dla nich strategiami behawioralnymi.

Tak więc skuteczne planowanie terapii wymaga postawienia starannej diagnozy, rzetelnego opracowania przypadku w kategoriach poznawczych oraz wzięcia pod uwagę charakterystycznych cech i problemów pacjenta. Leczenie jest dostosowywane do indywidualnych potrzeb pacjenta. Terapeuta opracowuje ogólną strategię oraz szczegółowy plan dla każdej sesji, uwzględniając:

1. Diagnozę pacjenta.
2. Konceptualizację jego trudności (której adekwatność terapeuta sprawdza w pracy z pacjentem).
3. Cele pacjenta w terapii.
4. Najpilniejsze do rozwiązania problemy pacjenta.
5. Cele terapeuty w terapii.
6. Etap terapii.
7. Cechy pacjenta związane z uczeniem się, jego stadium życia, poziom rozwojowy i intelektualny, płeć i pochodzenie kulturowe.
8. Poziom motywacji pacjenta.
9. Naturę i siłę przymierza terapeutycznego.

Terapeuta rozwija i nieustannie modyfikuje ogólny plan terapii jako całości, a także bardziej szczegółowy plan przed każdą sesją i w jej trakcie.

Scanned by CamScanner

ROZDZIAŁ 20

PROBLEMY W PRZEBIEGU TERAPII

Takie czy inne problemy pojawiają się w przypadku niemal każdego pacjenta w terapii poznawczo-behawioralnej. Nawet doświadczeni terapeuci mają niekiedy trudności z ustanowieniem przymierza terapeutycznego, właściwą konceptualizacją trudności pacjenta czy z konsekwentną pracą na rzecz wspólnych celów. Rozsądnie jest zatem dążyć nie tyle do całkowitego uniknięcia problemów, ile raczej do tego, aby umieć je odkrywać i rozpoznawać, konceptualizować ich przyczyny oraz planować środki zaradcze.

Warto traktować problemy oraz impas w terapii jako okazję do dopracowania konceptualizacji trudności pacjenta. Oprócz tego problemy w przebiegu terapii często rzucają światło na trudności, których pacjent doświadcza poza gabinetem. Wreszcie stanowią one okazję do doskonalenia własnych umiejętności, rozwijania elastyczności i kreatywności oraz zdobycia większych kompetencji w pomaganiu innym pacjentom, gdyż problemy mogą wynikać nie tylko z cech pacjenta, lecz również ze względnych słabości terapeuty. W niniejszym rozdziale opisano, jak odkryć istnienie problemów, jak je konceptualizować oraz jak im zaradzić w przypadku impasu w terapii.

ODKRYCIE ISTNIENIA PROBLEMU

Terapeuta może odkryć problem na wiele sposobów:

1. Słuchając informacji zwrotnych spontanicznie udzielanych przez pacjenta.
2. Bezpośrednio zwracając się do pacjenta z prośbą o informacje zwrotne, niezależnie od tego, czy werbalnie lub niewerbalnie sygnalizował istnienie problemu.

3. Analizując nagrania z sesji terapeutycznych samemu lub z kolegą czy superwizorem i oceniając nagranie na Skali Oceny Terapii Poznawczej (dodatek C).
4. Śledząc postępy na podstawie obiektywnych testów oraz subiektywnych relacji pacjenta, dotyczących nasilenia objawów.

Problem oczywiście najłatwiej rozpoznać wówczas, gdy pacjent udziela negatywnych informacji zwrotnych (np. „Chyba nie rozumie pani tego, co mówię" lub „Rozumiem, co pani mówi na poziomie *intelektualnym*, ale nie czuję tego"). Wielu pacjentów robi jednak *pośrednie* aluzje do problemu (np. „Rozumiem, co pani mówi, ale nie wiem, czy umiałbym to zrobić inaczej" lub „Spróbuję" [sugerując, że w jego przekonaniu nie uda mu się wykonać zadania]). W takich wypadkach terapeuta powinien zadać pacjentowi dalsze pytania w celu ustalenia, czy problem rzeczywiście istnieje, oraz określenia jego wymiarów.

Wielokrotnie się jednak zdarza, że pacjent nie informuje – ani pośrednio, ani bezpośrednio – o problemie z terapią. Terapeuta może odkryć problemy, jeśli będzie się trzymał standardowego porządku sesji (który obejmuje poproszenie pacjenta o informacje zwrotne pod koniec sesji), sprawdzając co pewien czas poziom rozumienia pacjenta podczas sesji oraz wydobywając jego automatyczne myśli, kiedy zauważy u niego zmianę afektu.

Na przykład pewnego razu na podstawie niewerbalnych sygnałów od Sally (nieobecne spojrzenie, wiercenie się w fotelu) wyczułam, że nie do końca rozumie to, co mówię, lub że się ze mną nie zgadza. Spytałam ją, jakie myśli przychodzą jej do głowy. W czasie sesji podjęłam także inne kroki, żeby się upewnić, że tak samo rozumiemy pewne kwestie. Starałam się często podsumowywać przebieg sesji lub prosiłam o to pacjentkę. Pytałam ją także, w jakim stopniu jest przekonana o trafności podsumowań (np. „Przed chwilą rozmawiałyśmy o tym, że nie ponosi pani pełnej odpowiedzialności za zgryzotę matki, mimo że przeprowadziła się pani daleko od domu... W jakim stopniu jest pani teraz o tym przekonana?").

Ponadto kilka razy w czasie sesji sprawdzałam, czy Sally rozumie (np. „Czy jest dla pani jasne, dlaczego pani koleżanka z pokoju może tak reagować?... Czy może to pani sformułować własnymi słowami?"). Starałam się też uzyskać informacje zwrotne pod koniec sesji (np. „Czy powiedziałam dzisiaj coś, co panią zmartwiło?... Cokolwiek, czego pani nie zrozumiała?"). Ponieważ przypuszczałam, że Sally może się wahać, czy udzielić mi negatywnych informacji zwrotnych, poprosiłam ją o informacje dotyczące konkretnie tej *części* sesji, podczas której podejrzewałam, że mogła zareagować negatywnie: „A kiedy zasugerowałem, że mogłaby być pani bardziej asertywna w relacjach z matką? Czy to panią zmartwiło?... Czy pani zdaniem

Scanned by CamScanner

byłaby mi pani w stanie powiedzieć, gdyby rzeczywiście coś panią zmartwiło?".

Tak więc terapeuta powinien się starać załagodzić lub odkryć problemy w czasie sesji, sprawdzając, czy pacjent rozumie omawiane kwestie, prosząc go o informacje zwrotne oraz pytając go bezpośrednio o problemy, których istnienie podejrzewa. Może też poprosić pacjenta o wypełnienie raportu z terapii (strona 83), który może później przeanalizować razem z pacjentem na następnej sesji.

Początkujący terapeuci mogą nie zdawać sobie sprawy z istnienia problemu lub mieć trudności z jego dokładnym rozpoznaniem. Powinni wówczas uzyskać zgodę pacjenta na nagrywanie sesji terapeutycznych, a następnie przejrzeć nagrania samemu lub (najlepiej) z doświadczonym terapeutą o orientacji poznawczo-behawioralnej. Uzyskanie zgody pacjenta zazwyczaj nie stanowi problemu, jeśli terapeuta przedstawi to w pozytywnym świetle (np. „Mam dla pana/i niecodzienną propozycję, którą do tej pory przedstawiłem/am tylko kilku pacjentom [lub którą przedstawiam tylko panu/pani]. Może się pan/pani zgodzić na to lub nie. Co jakiś czas nagrywam sesje terapeutyczne, aby je potem odsłuchać i ustalić, w jaki sposób mógłbym bardziej pomóc pacjentowi. [Ewentualnie: „Czasami odtwarzam je koledze [lub superwizorowi], aby wysłuchać jego komentarzy. Zawsze dochodzę do wniosku, że co dwie głowy to nie jedna"]. Zaraz po odsłuchaniu niszczę lub kasuję nagranie (*pauza*). Czy zgadza się pan/pani, żebyśmy zaczęli nagrywać? Jeśli po kilku minutach będzie to panu/pani przeszkadzać, zawsze możemy to wyłączyć lub usunąć nagranie na końcu sesji".

Innym wyraźnym sygnałem istnienia problemu jest brak postępów lub pogorszenie funkcjonowania czy nastroju pacjenta (oceniane na podstawie samoopisu lub testów obiektywnych, takich jak Skala Depresji Becka [zob. dodatek B]). Terapeuta może zaproponować, aby brak postępów włączyć do programu sesji i wspólnie z pacjentem zaplanować bardziej skuteczny kierunek terapii.

Wreszcie terapeuta powinien nieustannie próbować postawić się w położeniu pacjenta, żeby zobaczyć, jak on postrzega swój świat, i odkryć przeszkody, które nie pozwalają mu spojrzeć w bardziej funkcjonalny sposób na swoje trudności (np. „Gdybym była na miejscu Sally, jak bym się czuła w czasie terapii? Co bym pomyślała, gdyby terapeuta powiedział _____ lub _____?").

KONCEPTUALIZOWANIE PROBLEMÓW

Po rozpoznaniu istnienia problemu terapeuta powinien być wyczulony na automatyczne myśli obwiniające pacjenta (np. „Jest skłonny do manipulacji/niezmotywowany/przejawia opór"). Etykiety te na ogół

zmniejszają u terapeuty poczucie odpowiedzialności za rozwiązanie problemu i utrudniają to rozwiązanie. Zamiast tego terapeuta powinien zadać sobie pytanie:

> ***„Czy pacjent coś powiedział (bądź czegoś nie powiedział) lub zrobił (bądź czegoś nie zrobił) na sesji (bądź pomiędzy sesjami), co stanowi problem?"***

Następnie należy skonsultować się z superwizorem, który przejrzał nagranie z sesji terapeutycznej. Terapeuta niewątpliwie będzie potrzebował pomocy w ustaleniu, czy problem jest spowodowany patologią pacjenta, błędami terapeuty, czynnikami związanymi z terapią (takimi jak poziom opieki, forma terapii, częstotliwość sesji), czy czynnikami zewnętrznymi wobec terapii (np. chorobą organiczną, psychologicznie toksycznym środowiskiem domowym lub środowiskiem pracy, nieskutecznym leczeniem farmakologicznym lub szkodliwymi działaniami ubocznymi leków, brakiem potrzebnej terapii wspomagającej; zob. J.S. Beck, 2005).

Po rozpoznaniu problemu, który wymaga zmiany sposobu działania terapeuty, powinien się on zastanowić, na jakim poziomie wystąpił ten problem:

1. Czy jest to jedynie *problem techniczny*? Czy na przykład terapeuta użył niewłaściwej techniki lub zastosował ją w nieodpowiedni sposób?
2. Czy jest to *problem bardziej złożony, dotyczący sesji jako całości*? Może na przykład terapeuta właściwie rozpoznał dysfunkcjonalną myśl, lecz nie udało mu się przeprowadzić skutecznej interwencji?
3. Czy istnieje *problem utrzymujący się przez kilka sesji*? Czy na przykład załamała się współpraca między terapeutą a pacjentem?

Pojawiające się problemy zazwyczaj można zaliczyć do jednej z poniższych kategorii:

1. Diagnoza, konceptualizacja i planowanie terapii.
2. Przymierze terapeutyczne.
3. Porządek lub tempo sesji.
4. Zaangażowanie pacjenta w proces terapii.
5. Praca z automatycznymi myślami.
6. Osiąganie celów terapeutycznych na sesjach i poza nimi.
7. Zrozumienie przez pacjenta treści omawianych podczas sesji.

Przedstawione niżej pytania mogą pomóc terapeucie i superwizorowi w określeniu charakteru problemu terapeutycznego. Na tej

Scanned by CamScanner

podstawie terapeuta będzie mógł sformułować swoje cele, określić ich hierarchię ważności i wybrać jeden lub kilka, na których należy się skupić.

Diagnoza, konceptualizacja i planowanie terapii

Diagnoza

1. Czy postawiłem/am poprawną diagnozę na wszystkich pięciu osiach według najnowszego wydania DSM?
2. Czy w przypadku tego pacjenta wskazana jest konsultacja farmakologiczna?

Konceptualizacja

1. Czy używam schematu konceptualizacji poznawczej [strona 213] do rozpoznania najważniejszych dysfunkcjonalnych treści poznawczych i zachowań pacjenta?
2. Czy stale dopracowuję swoją konceptualizację w miarę uzyskiwania nowych danych i czy w strategicznie właściwych momentach przedstawiam ją pacjentowi? Czy konceptualizacja ta ma sens dla pacjenta i wydaje mu się trafna?

Planowanie terapii

1. Czy opieram terapię na poznawczym opracowaniu zaburzenia (zaburzeń) pacjenta i mojej indywidualnej konceptualizacji funkcjonowania pacjenta? Czy w razie potrzeby modyfikuję terapię, opierając się na mojej konceptualizacji?
2. Czy w razie potrzeby dostosowuję standardową terapię poznawczo-behawioralną do zaburzeń z osi I (lub II) tego pacjenta?
3. Czy odniosłem się do potrzeby dokonania poważnej zmiany w życiu pacjenta, jeśli stało się oczywiste, że poprawa jego stanu za pośrednictwem samej terapii jest mało prawdopodobna?
4. Czy uwzględniłem naukę potrzebnych umiejętności?
5. Czy – jeśli to wskazane – włączyłem członków rodziny w proces terapii?

Przymierze terapeutyczne

Współpraca

1. Czy pacjent i ja rzeczywiście z sobą *współpracujemy*? Czy działamy jako zespół? Czy obaj ciężko pracujemy? Czy obaj czujemy się odpowiedzialni za postępy?
2. Czy zajęliśmy się problemami, które są najważniejsze dla pacjenta?
3. Czy naprowadziłem/am pacjenta na właściwy poziom stosowania się do zaleceń i kontroli na sesji terapeutycznej?
4. Czy zgodziliśmy się co do celów terapii?
5. Czy przedstawiłem/am uzasadnienie moich interwencji i zadań?

Informacje zwrotne od pacjenta

1. Czy regularnie zachęcam pacjenta do udzielania szczerych informacji zwrotnych?
2. Czy obserwuję afekt pacjenta podczas sesji i wydobywam automatyczne myśli, gdy zauważę jakąś zmianę?

Opinia pacjenta na temat terapii i terapeuty

1. Czy pacjent ma pozytywne zdanie o terapii i o mnie?
2. Czy jest przekonany – przynajmniej trochę – że terapia może mu pomóc?
3. Czy postrzega mnie jako osobę kompetentną, życzliwą i skorą do współpracy?

Reakcje terapeuty

1. Czy ten pacjent mnie obchodzi? Czy daję wyraz swojej trosce?
2. Czy czuję się na tyle kompetentny, aby mu pomóc? Czy daję wyraz swojemu poczuciu kompetencji?
3. Czy mam negatywne myśli na temat tego pacjenta lub na temat siebie w kontekście pracy z tym pacjentem? Czy zweryfikowałem/am i podważyłem/am te myśli?
4. Czy traktuję problemy z przymierzem terapeutycznym jako okazję do rozwoju, czy też w takiej sytuacji zastanawiam się, komu przypisać winę?
5. Czy wyrażam realistycznie optymistyczny pogląd na temat skuteczności terapii?

Scanned by CamScanner

Porządek lub tempo sesji

Program

1. Czy szybko ustaliliśmy pełny i konkretny program na początku sesji?
2. Czy ustaliliśmy hierarchię ważności punktów programu i zdecydowaliśmy, ile mniej więcej czasu poświęcimy na każdy z nich?
3. Czy wspólnie ustaliliśmy, który temat omówimy w pierwszej kolejności?

Tempo

1. Czy przeznaczyliśmy odpowiednią ilość czasu na standardowe elementy sesji: sprawdzenie nastroju, krótki przegląd ubiegłego tygodnia, ustalenie programu, przegląd pracy osobistej, omówienie punktów programu, wyznaczenie nowej pracy osobistej, okresowe podsumowania, informacje zwrotne?
2. Jeżeli jakiś problem wymagał więcej czasu, niż przewidzieliśmy lub jeśli pojawiły się ważne kwestie nieuwzględnione w programie, czy wspólnie postanawialiśmy, co zrobić?
3. Czy stosownie i uprzejmie przerywałem/am pacjentowi, jeśli zachodziła taka potrzeba, czy też traciliśmy zbyt wiele czasu na bezproduktywnej rozmowie?
4. Czy zostawiliśmy wystarczającą ilość czasu pod koniec sesji na upewnienie się, że pacjent zapamiętał najważniejsze kwestie oraz zrozumiał nowe zadania i zgodził się na nie? Czy zostawiliśmy wystarczającą ilość czasu na nabranie pewności, że przekonania kluczowe pacjenta zostały wyłączone, dzięki czemu mógł on opuścić gabinet w stanie emocjonalnej stabilności?

Zaangażowanie pacjenta w proces terapii

Wyznaczanie celów

1. Czy pacjent wyznacza sobie rozsądne, konkretne cele? Czy pacjent pamięta o tych celach w ciągu całego tygodnia? Czy pacjent z zaangażowaniem pracuje nad osiągnięciem tych celów? Czy cele te są pod kontrolą pacjenta? Czy zamiast siebie pacjent próbuje zmienić kogoś innego?
2. Czy co pewien czas sprawdzam postępy pacjenta na drodze do jego celów?
3. Czy przypominam pacjentowi, dlaczego warto pracować w terapii (tzn. osiągać zamierzone cele)?

Oczekiwania

1. Jakie pacjent ma oczekiwania wobec siebie i mnie?
2. Czy uważa, że wszystkie problemy można rozwiązać szybko i bez trudu? Czy spodziewa się, że rozwiążę problemy za niego? Czy rozumie znaczenie swego zaangażowania i współpracy z terapeutą?
3. Czy rozumie konieczność poznania określonych narzędzi i umiejętności oraz systematycznego korzystania z nich pomiędzy sesjami?

Nastawienie na rozwiązywanie problemów

1. Czy pacjent konkretnie nazywa problemy, nad którymi mamy pracować?
2. Czy pacjent pracuje razem ze mną nad ich rozwiązaniem, czy też jedynie je przedstawia?
3. Czy pacjent nie chce rozwiązania bieżących problemów, ponieważ obawia się, że będzie musiał stawić czoło innym kłopotom (takim jak podjęcie decyzji dotyczącej związku lub pracy)?

Model poznawczy

1. Czy pacjent rozumie, że automatyczne myśli wywierają wpływ na jego emocje i zachowanie (a niekiedy fizjologię), że niektóre z nich są zniekształcone oraz że może poprawić swoje samopoczucie i zachowywać się bardziej przystosowawczo, jeśli zweryfikuje i podważy swoje myśli?

Praca osobista

1. Czy praca osobista została zaplanowana pod kątem głównych problemów pacjenta?
2. Czy pacjent rozumie związek między pracą osobistą a pracą w czasie sesji terapeutycznej i jego ogólnymi celami?
3. Czy pacjent myśli o naszej pracy terapeutycznej w ciągu całego tygodnia i czy starannie wykonuje zadania?

Praca z automatycznymi myślami

Rozpoznawanie i wybór głównych myśli automatycznych

1. Czy rozpoznajemy dokładnie te słowa i/lub wyobrażenia, które przychodzą pacjentowi do głowy, kiedy przeżywa dolegliwości psychiczne?

Scanned by CamScanner

2. Czy rozpoznajemy wszystkie automatyczne myśli związane z tą sytuacją?
3. Czy wybieramy do weryfikacji główne myśli (tzn. powiązane z największym cierpieniem lub dysfunkcją)?

Formułowanie odpowiedzi na automatyczne myśli

1. Czy po rozpoznaniu głównych treści poznawczych zweryfikowaliśmy je i podważyliśmy?
2. Czy wystrzegam się zakładania *a priori*, że treści poznawcze pacjenta są zniekształcone? Czy używam dialogu sokratejskiego, a unikam perswazji i konfrontacji?
3. Czy wypróbowuję inne sposoby, jeśli dany kierunek dociekań okazuje się nieskuteczny?
4. Czy po wspólnym sformułowaniu alternatywnej odpowiedzi sprawdzam, w jakim stopniu pacjent jest przekonany o jej prawdziwości? Czy jego cierpienie emocjonalne zmniejsza się?
5. Czy w razie potrzeby wypróbowujemy inne metody zmniejszenia cierpienia pacjenta? Czy w razie potrzeby odkładamy pracę nad odpowiednimi treściami poznawczymi na przyszłość?

Utrwalanie zmiany poznawczej

1. Czy zapisaliśmy nowe, bardziej funkcjonalne przekonania pacjenta?

Osiąganie celów terapeutycznych na sesjach i poza nimi

Rozpoznawanie celów terapii jako całości oraz celów poszczególnych sesji

1. Czy odpowiednio wyjaśniłem/am pacjentowi, że celem leczenia jest nie tylko poprawa jego stanu, ale także przekazanie mu umiejętności, które pomogą mu podtrzymać tę poprawę przez całe życie?
2. Czy pomagam pacjentowi w rozpoznaniu ważnych problemów, na jakich należy się skupić?
3. Czy poświęcamy czas zarówno na rozwiązywanie problemów, jak i na restrukturyzację poznawczą?
4. Czy zadania mają na celu zarówno zmianę behawioralną, jak i zmianę poznawczą?

Utrzymywanie stałej uwagi na głównym wątku (problemie)

1. Czy pomagam pacjentowi w rozpoznaniu odpowiednich przekonań za pomocą dialogu sokratejskiego?

2. Czy potrafię stwierdzić, które przekonania pacjenta są najważniejsze, a które bardziej poboczne?
3. Czy konsekwentnie analizuję związek między nowymi problemami a najważniejszymi przekonaniami? Czy konsekwentnie i wytrwale pracujemy nad najważniejszymi przekonaniami pacjenta na każdej sesji, nie ograniczając się tylko do interwencji kryzysowej?
4. Jeśli omawialiśmy wydarzenia z dzieciństwa, czy przedstawiłem/am pacjentowi jasne uzasadnienie, dlaczego było to konieczne? Czy pomogłem/am mu w zrozumieniu, że jego pierwsze przekonania wiążą się z jego obecnymi problemami, a uświadomienie sobie tego faktu może mu pomóc w nadchodzącym tygodniu?

Interwencje

1. Czy wybieram interwencje zarówno pod kątem własnych celów na danej sesji, jak i programu pacjenta?
2. Czy potrafię jasno wyrazić zarówno dysfunkcjonalne przekonanie pacjenta, jak i bardziej funkcjonalne przekonanie, na które go naprowadzam?
3. Czy sprawdzam poziom dolegliwości psychicznych pacjenta i/lub siłę jego przekonania o prawdziwości myśli automatycznej lub przekonania zarówno przed interwencją, jak i po niej, tak że mogę ocenić jej skuteczność?
4. Czy zmieniam taktykę i wypróbowuję inne metody, jeśli interwencja okazała się mało skuteczna?

Zrozumienie przez pacjenta treści omawianych podczas sesji

Kontrolowanie poziomu rozumienia u pacjenta

1. Czy często dokonywałem/am podsumowań (lub prosiłem pacjenta o podsumowanie) podczas sesji?
2. Czy prosiłem pacjenta o formułowanie wniosków własnymi słowami?
3. Czy byłem wyczulony/a na niewerbalne sygnały braku zrozumienia lub zgody?

Konceptualizacja problemów z rozumieniem

1. Czy pytałem pacjenta o trafność swoich hipotez?
2. Jeśli pacjent ma problem ze zrozumieniem tego, co mówię, czy powodem jest mój błąd, mój brak konkretności, moje słownic-

Scanned by CamScanner

two, ilość materiału, jaką przedstawiam za jednym razem lub podczas jednej sesji?
3. Czy trudności ze zrozumieniem są spowodowane dolegliwościami emocjonalnymi pacjenta w czasie sesji, rozproszeniem jego uwagi, automatycznymi myślami, jakie pacjentowi przychodzą w danej chwili do głowy?

Utrwalanie poznanego materiału

1. Co zrobiłem/am, aby pacjent zapamiętał najważniejsze części sesji terapeutycznej w czasie tego tygodnia, a nawet po zakończeniu terapii?
2. Czy zmotywowałem/am pacjenta do codziennego czytania notatek z terapii?

IMPAS W TERAPII

Zdarza się, że pacjent może mieć lepsze samopoczucie na poszczególnych sesjach, ale w dłuższym okresie nie robi postępów. Doświadczony terapeuta – zamiast korzystać z powyższych pytań – może najpierw wziąć pod uwagę lub wykluczyć pięć najważniejszych problemów. Po stwierdzeniu, że postawił właściwą diagnozę, sformułował dobrą konceptualizację i dostosował plan terapii do zaburzenia pacjenta (oraz wykorzystał właściwe techniki), sam lub z pomocą konsultanta powinien ocenić następujące aspekty:

1. Czy pacjenta i mnie łączy solidne *przymierze terapeutyczne*?
2. Czy obaj mamy jasny obraz *celów pacjenta* w terapii? Czy pacjent z zaangażowaniem pracuje nad ich osiągnięciem?
3. Czy pacjent naprawdę jest przekonany o prawdziwości *modelu poznawczego* – tzn. czy zgadza się z tym, że jego myśli wpływają na jego nastrój i zachowanie, że niekiedy jego myślenie jest dysfunkcjonalne, a weryfikacja i podważenie dysfunkcjonalnych myśli pozytywnie wpływa na jego emocje i sposób zachowania?
4. Czy pacjent *czynnie uczestniczy* w terapii poznawczo-behawioralnej – czy wnosi wkład w ustalanie programu, pracuje wspólnie ze mną nad rozwiązywaniem problemów, wykonuje pracę osobistą i przekazuje informacje zwrotne?
5. Czy *biologia* pacjenta (np. choroba, skutki uboczne leków lub niewłaściwa ich dawka) albo *środowisko zewnętrzne* (np. partner stosujący przemoc, niezwykle wymagająca praca lub niedopuszczalny poziom biedy lub przestępczości w jego otoczeniu) zakłócają naszą wspólną pracę?

RADZENIE SOBIE Z PROBLEMAMI W PRZEBIEGU TERAPII

W zależności od rozpoznanego problemu terapeuta może rozważyć podjęcie jednego lub kilku następujących działań:

1. Przeprowadzenie bardziej wnikliwego badania diagnostycznego.
2. Skierowanie pacjenta na badania lekarskie lub neuropsychologiczne.
3. Poprawienie konceptualizacji i przedstawienie jej pacjentowi w celu sprawdzenia jej trafności.
4. Poszerzenie swojej wiedzy na temat leczenia pacjentów z zaburzeniami z osi I (i II) dzięki dodatkowej lekturze.
5. Poproszenie pacjenta o informacje zwrotne na temat jego reakcji na terapię i na ciebie.
6. Przeformułowanie celów pacjenta w terapii (i ewentualnie przeanalizowanie wad i zalet pracy nad nimi).
7. Rozpoznanie i podważenie własnych automatycznych myśli na temat pacjenta lub na temat swoich umiejętności terapeutycznych.
8. Ponowne omówienie z pacjentem modelu poznawczego oraz wydobycie od niego wszelkich ewentualnych wątpliwości czy błędnych przeświadczeń.
9. Ponowne omówienie z pacjentem planu terapii (oraz wydobycie jego obaw i wątpliwości).
10. Ponowne omówienie z pacjentem jego zobowiązań (oraz wydobycie jego reakcji).
11. Położenie nacisku na wyznaczanie i omawianie pracy osobistej na sesji oraz wykonywanie ustalonych zadań w ciągu tygodnia.
12. Konsekwentna praca nad *głównymi* automatycznymi myślami, przekonaniami oraz zachowaniami na sesjach i pomiędzy nimi.
13. Sprawdzenie, czy pacjent rozumie przebieg sesji i poproszenie go o zapisywanie najważniejszych zagadnień.
14. Zmiana tempa lub porządku sesji, ilości lub trudności omawianego materiału, stopnia okazywanej pacjentowi empatii, stopnia dydaktycznego czy perswazyjnego nastawienia terapeuty oraz względnego nacisku na rozwiązywanie problemów w zależności od potrzeb i preferencji pacjenta.

Dążąc do zrozumienia i przezwyciężenia problemów w przebiegu terapii, terapeuta powinien obserwować własne myśli i nastrój, ponieważ niekiedy mogą one przeszkadzać w skutecznym ich rozwiązaniu. Prawdopodobnie wszyscy terapeuci, przynajmniej co jakiś czas, mają negatywne myśli na temat pacjentów, terapii oraz własnych umiejętności. Do najczęstszych założeń terapeutów, które przeszkadzają w zmianie formatu terapii, należą:

Scanned by CamScanner

„Jeśli przerwę pacjentowi, to pomyśli, że go kontroluję".
„Jeśli przeprowadzę sesję według programu, to nie zauważę istotnych informacji".
„Jeśli będę nagrywać sesję, poczuję się zbyt skrępowany/a".
„Jeśli zdenerwuję pacjenta, to on zrezygnuje z terapii".

Jeśli terapeuta napotyka problem w przebiegu leczenia, ma możliwość wyboru. Może myśleć o nim w kategoriach katastrofy i obwiniać siebie lub pacjenta. Może też potraktować go jako okazję do doskonalenia swoich umiejętności konceptualizacji i planowania terapii oraz do zwiększenia swojej technicznej biegłości i sprawności w dostosowywaniu terapii do indywidualnych potrzeb pacjenta.

ROZDZIAŁ 21

ROZWIJANIE WARSZTATU TERAPEUTY POZNAWCZO-BEHAWIORALNEGO

W niniejszym rozdziale pokrótce opisano kroki, jakie należy podjąć, aby rozpocząć praktykę w zakresie standardowej terapii poznawczo-behawioralnej. Terapeuta powinien przećwiczyć podstawowe techniki terapii poznawczo-behawioralnej na sobie, zanim wykorzysta je w pracy z pacjentami. (Informacje na temat dostępnych kart pacjenta, testów i broszur znajdują się w dodatku B). Samodzielne wypróbowanie technik pozwoli terapeucie pokonać trudności w ich zastosowaniu, a postawienie się na miejscu pacjenta da mu okazję do rozpoznania przeszkód (praktycznych lub psychicznych) w wykonywaniu zadań. Koniecznym warunkiem biegłego opanowania tej metody terapii jest podjęcie następujących kroków:

1. Obserwowanie własnego nastroju i rozpoznawanie swoich myśli automatycznych w razie zauważenia u siebie przygnębienia lub lęku, przejawiania nieprzystosowawczych zachowań lub unikania zachowań przystosowawczych.
2. Zapisywanie własnych myśli automatycznych. Jeśli terapeuta pominie ten krok, nie będzie miał okazji do odkrycia ewentualnych problemów, które mogą przeszkadzać pacjentom w zapisywaniu *ich* myśli – braku sposobności, motywacji, czasu, energii czy nadziei. Kiedy później terapeuta będzie wyznaczał pacjentowi pracę osobistą, może czerpać z własnych doświadczeń: „Czy ja miałbym/miałabym problem z wykonaniem tego zadania? Co by mnie zmotywowało? Co mogłoby mi przeszkodzić w jego wykonaniu? Czy powinienem/powinnam wyjaśnić to zadanie krok po kroku?". Innymi słowy, rozwijanie warszta-

Scanned by CamScanner

tu poznawczo-behawioralnego dokonuje się szybciej, jeśli terapeuta dobrze rozumie siebie i naturę ludzką w ogóle.

3. Rozpoznawanie myśli automatycznych, które przeszkadzają w wykonaniu kroku 2. Takie myśli jak: „Nie muszę zapisywać swoich automatycznych myśli" czy „Ja to przecież znam – wystarczy, że zrobię to w myślach", przypuszczalnie będą hamować postępy terapeuty. Dobra przystosowawcza odpowiedź zawierałaby częściowe przyznanie racji takim myślom, lecz podkreślałaby zalety innego zachowania: „To prawda, że prawdopodobnie dam sobie radę bez odnoszenia tych metod do siebie. Ale prawdą jest też, że nauczę się *więcej*, jeśli będę robić notatki. Lepiej zrozumiem, dlaczego pacjent ma trudności, jeżeli najpierw sam przez to przejdę i odkryję potencjalne problemy. Zresztą, cóż mi szkodzi? To potrwa najwyżej kilka minut".
4. Wypełnianie codziennie zapisu myśli po zaobserwowaniu u siebie zmiany nastroju (do tego kroku terapeuta powinien przejść wtedy, gdy będzie już umiał sprawnie rozpoznawać własne automatyczne myśli i emocje). W przypadku, gdy myślenie terapeuty nie jest zniekształcone lub terapeuta w sposób automatyczny reaguje przystosowawczo na swoje myśli, wypełnianie zapisu nie musi prowadzić do zmiany emocji. (Należy pamiętać, że terapeuta poznawczo-behawioralny nie stara się *wyeliminować* negatywnej emocji, lecz jedynie ograniczyć jej *dysfunkcjonalne* nasilenie). Niezależnie jednak od tego, czy terapeuta wykorzysta zapisy myśli osobiście, czy nie, ich wypełnianie przydaje się później w przekazaniu tej umiejętności pacjentowi.
5. Uzupełnienie dolnej części schematu konceptualizacji poznawczej w odniesieniu do trzech typowych sytuacji, w których terapeuta doświadczył obniżonego nastroju lub zachowywał się dysfunkcjonalnie. Jeżeli terapeuta ma problem z opisaniem sytuacji, rozpoznaniem myśli lub emocji czy odkryciem ich znaczenia, powinien przeczytać stosowne rozdziały tej książki.
6. Uzupełnienie górnej części schematu konceptualizacji poznawczej. Kiedy terapeuta odczuwa przygnębienie lub niepokój, powinien sprawdzić, czy u ich podłoża nie leżą myśli dotyczące bezradności, niezasługiwania na miłość i/lub braku własnej wartości. Po rozpoznaniu kluczowego przekonania należy wypełnić pozostałe rubryki.
7. Wypełnienie karty przekonania kluczowego (strona 260) na podstawie poprzednich ćwiczeń. Terapeuta powinien przeanalizować swoją interpretację sytuacji, żeby sprawdzić, czy zniekształca dowody na rzecz negatywnego przekonania kluczowego i pomija lub lekceważy dowody przemawiające przeciwko

temu przekonaniu. Uwaga: ćwiczenie to może nie wpłynąć na system przekonań terapeuty, jeśli ma on pozytywne przekonania stanowiące przeciwwagę dla tych negatywnych. Niemniej wypełnienie karty zaznajomi terapeutę z procedurą i pozwoli na jej skuteczniejsze wykorzystanie w pracy z pacjentami.
8. Wypróbowanie innych podstawowych technik terapeutycznych – planowania zajęć, listy zasług, formułowania odpowiedzi na spontaniczne wyobrażenia, zachowywania się „jak gdyby", kart radzenia sobie, funkcjonalnych autoporównań, analizy wad i zalet poszczególnych możliwości przed podjęciem decyzji.
9. Wybranie prostego przypadku bez powikłań do przeprowadzenia pierwszej próby z terapią poznawczo-behawioralną. Jeżeli terapeuta wybierze przypadek zbyt złożony, standardowa terapia opisana w tej książce może się okazać niewłaściwa. Do pierwszej próby z terapią poznawczo-behawioralną najlepiej nadaje się pacjent cierpiący na niepowikłaną depresję w zaburzeniu jednobiegunowym lub zaburzenie adaptacyjne bez zdiagnozowanego zaburzenia z osi II. Korzystniej jest rozpocząć z nowym pacjentem niż z tym, z którym terapeuta do tej pory pracował w ramach innej orientacji terapeutycznej. Warto także leczyć pacjenta zgodnie z zaleceniami przedstawionymi w tej książce, w formie tak czystej, jak to możliwe. Uwaga: terapeuci doświadczeni w stosowaniu innych metod terapii często odczuwają pokusę wykorzystania dawniej nabytych umiejętności, które utrudniają przeprowadzenie terapii poznawczo-behawioralnej. Jeśli jednak ze względów praktycznych byłoby to bardziej wskazane, terapeuta może rozpocząć stosowanie technik terapii poznawczo-behawioralnej z pacjentem, który jest już leczony. W takiej sytuacji należy pamiętać, aby wyjaśnić mu planowane działania, przedstawić uzasadnienie i uzyskać od niego zgodę.
10. Uzyskanie pisemnej zgody pacjenta na nagrywanie sesji terapeutycznych. Analizowanie nagrań z kolegą lub superwizorem jest niezbędnym warunkiem rozwijania warsztatu. Nieodzownym narzędziem do oceny nagrań jest Skala Oceny Terapii Poznawczej (zob. dodatek C). Najczęściej jest ona wykorzystywana przez superwizorów do oceny pracy adeptów i wprowadzenia ewentualnych zmian oraz przez badaczy do oceny kompetencji terapeutów.
11. Systematyczne uzupełnianie swojej wiedzy na temat terapii poznawczo-behawioralnej. Terapeuta powinien także czytać broszury, artykuły i książki przeznaczone dla pacjenta, aby proponować swoim pacjentom stosowne lektury w ramach biblioterapii.

Scanned by CamScanner

12. Przeczytanie podręcznika Wright, Basco i Thase'a (2006), zawierającego dodatkowe wskazówki, jak zostać kompetentnym terapeutą poznawczo-behawioralnym.
13. Obserwowanie sesji terapii poznawczo-behawioralnej prowadzonych przez doświadczonych klinicystów (zob. dodatek B).
14. Udział w szkoleniach i superwizji albo w miejscu zamieszkania, pracy, albo poprzez Beck Institute for Cognitive Therapy and Research (zob. dodatek B).
15. Rozważenie przystąpienia do Akademii Terapii Poznawczej, oficjalnego „domu" terapeutów poznawczo-behawioralnych, i uczestnictwa w organizowanych przez nią konferencjach. Klinicyści i studenci mogą zostać stałymi członkami lub starać się o certyfikat terapeuty poznawczego. Można także uczestniczyć w lokalnych, krajowych i międzynarodowych konferencjach organizowanych przez inne stowarzyszenia terapii poznawczo-behawioralnej (zob. dodatek B).

DODATEK A

POZNAWCZY OPIS PRZYPADKU

Wzór niniejszego opisu przypadku został wykorzystany za zgodą Akademii Terapii Poznawczej. Instrukcje dotyczące sporządzenia takiego opisu przypadku oraz informacje na temat oceny są dostępne na stronie: www.academyofct.org.

I. HISTORIA PRZYPADKU

A. **Informacje identyfikacyjne:** Sally ma 18 lat, jest kobietą rasy białej, studiuje w college'u i mieszka w akademiku, w pokoju z jedną współlokatorką.

B. **Główna skarga:** Sally zgłosiła się na terapię z powodu depresji i lęku.

C. **Przebieg aktualnej choroby:** Kilka miesięcy przed rozpoczęciem pierwszego roku studiów u Sally pojawiły się objawy depresji i lęku. Przy przyjęciu na terapię zgłaszała następujące objawy:
   - *Objawy emocjonalne*: smutek, lęk, poczucie winy, utrata zainteresowania i odczuwania przyjemności, poczucie beznadziejności, poczucie osamotnienia.
   - *Objawy poznawcze*: pesymizm, trudności z koncentracją i podejmowaniem decyzji, łagodne myśli katastroficzne, samokrytycyzm.
   - *Objawy behawioralne*: wycofanie społeczne, unikanie sytuacji postrzeganych jako trudne (rozmowa z profesorem, współlokatorką, systematyczna nauka).

Scanned by CamScanner

- *Objawy fizjologiczne*: utrata energii, zmęczenie, obniżone libido, płacz, niepokój ruchowy, niezdolność do odprężenia się, zmniejszony apetyt, zaburzenia snu.

Sally musiała stawić czoło zwykłym stresorom, jakich doświadcza student pierwszego roku, zwłaszcza oddaleniu od domu po raz pierwszy w życiu oraz wymaganiom związanym z nauką. Pod względem społecznym była dobrze przystosowana, ale gdy pojawiły się objawy, zaczęła się nieco izolować.

D. Wcześniejsze zaburzenia psychiczne: Sally nie miała wcześniej zaburzeń psychicznych.

E. Historia osobista i społeczna: Sally jest młodszym z dwójki dzieci w pełnej rodzinie. Jej brat jest od niej pięć lat starszy i osiąga lepsze wyniki w nauce. Matka zawsze była bardzo krytyczna wobec Sally. Ojciec okazywał jej więcej serca, ale z powodu wymagającej pracy często przebywał poza domem. Między rodzicami często dochodziło do kłótni, ale Sally nie uważa, aby nadmiernie to na nią wpłynęło. W okresie dorastania Sally obawiała się surowych nauczycieli i martwiła się o stopnie. Od dawna miała do siebie krytyczny stosunek ze względu na to, że nie dorównuje bratu, chociaż utrzymywała z nim dobre relacje. Zawsze miała kilku dobrych przyjaciół i umawiała się na randki w szkole średniej. Zazwyczaj osiągała dobre wyniki w nauce.

F. Choroby somatyczne: Sally nie miała problemów somatycznych, które wpływałyby na jej funkcjonowanie psychiczne czy proces terapii.

G. Ocena stanu psychicznego: Sally przejawia pełną orientację, przy depresyjnym nastroju.

H. Diagnozy według DSM-IV-TR:
- Oś I: Duża depresja, pojedynczy epizod, umiarkowana 296.22.
- Oś II: Brak.
- Oś III: Brak.
- Oś IV: Nasilenie stresorów psychospołecznych: łagodne (opuszczenie domu po raz pierwszy w życiu).
- Oś V: Wynik na skali GAF – obecnie 60, najlepszy w zeszłym roku – 85.

II. OPRACOWANIE PRZYPADKU

A. Czynniki wyzwalające: Zaburzenie depresyjne Sally zostało wywołane wyjazdem do college'u i doświadczeniem pewnych początkowych trudności na studiach. W wydajnej nauce przeszkadzał prawdopodobnie lęk. Następnie Sally stała się dosyć samokrytyczna i popadła w przygnębienie. Gdy wycofała się ze swoich zwykłych zajęć i odsunęła od znajomych, brak pozytywnych bodźców przyczynił się do obniżenia jej nastroju, podobnie jak niemożność przezwyciężenia trudności w nauce.

B. Przekrojowa ocena obecnych treści poznawczych i zachowań: Obecna typowa sytuacja, będąca problemem dla Sally, jest taka, że ma trudności w nauce. Kiedy próbuje się uczyć, przychodzą jej do głowy automatyczne myśli: „Nie potrafię tego zrobić. Jestem zupełnie do niczego. Nie poradzę sobie na studiach". Ma także wyobrażenie, w którym widzi siebie obciążoną ciężkim plecakiem, błąkającą się bez celu, przygnębioną i przybitą. Te myśli i wyobrażenia wywołują w niej poczucie smutku. W innej sytuacji, gdy uczy się do egzaminu, przychodzą jej do głowy automatyczne myśli: „To zbyt trudne. A jeśli opiekun naukowy mi nie pomoże? A jeśli obleję?", co wywołuje w niej lęk, a następnie trudności z koncentracją. Pojawia się u niej także następująca myśl automatyczna: „Powinnam robić więcej rzeczy", po czym ma ona poczucie winy. We wszystkich tych sytuacjach przestaje się uczyć, kładzie się na łóżku i niekiedy płacze.

C. Podłużna ocena treści poznawczych i zachowań: Sally zawsze miała pewną skłonność do postrzegania siebie jako osoby niekompetentnej. Chociaż jej wyniki w szkole były ponadprzeciętne, nigdy nie należała do najbystrzejszych uczniów w klasie. Powodzenie w nauce było dla niej bardzo ważne, w związku z tym rozwinęła pewne założenia: „Jeśli będę bardzo ciężko pracować, to być może mi się powiedzie, ale jeśli nie, to poniosę porażkę", „Jeśli nie pokażę swoich słabości, to będę w porządku [w danej chwili], ale jeśli poproszę o pomoc, to ujawnię swoją niekompetencję". Jej kompensacyjne strategie behawioralne obejmowały nadmiernie ciężką pracę w celu wykorzystania w pełni swoich możliwości oraz tendencję do unikania proszenia o pomoc, aby nie pokazać swoich słabości. Gdy popadła w depresję, często wykorzystywała unikanie (nauki, stawiania czoła wyzwaniom, okazji do kontaktu z innymi). Przekonania Sally na temat innych ludzi były przeważnie pozytywne i funkcjonalne. Na ogół przypisywała innym dobre

Scanned by CamScanner

zamiary, choć była niekiedy onieśmielona w relacjach z autorytetami. Była także przekonana, że jej świat jest względnie bezpieczny, stabilny i przewidywalny.

D. Mocne strony i atuty: Sally charakteryzowała się wysokim stopniem nastawienia psychologicznego, obiektywizmu i zdolności do adaptacji. Była inteligentna i zanim popadła w depresję, bardzo ciężko pracowała. Miała motywocję do terapii. Była zdolna do nawiązania dobrych, stabilnych relacji z innymi.

E. Hipoteza robocza (podsumowanie konceptualizacji): Przez dużą część życia Sally uważała się za osobę w miarę kompetentną, wartościową i sympatyczną. Zawsze jednak była podatna na negatywną autopercepcję, co najmniej z trzech powodów: 1) matka miała do niej krytyczny stosunek w okresie dorastania; 2) ojciec, który ją wspierał, często przebywał poza domem oraz 3) miała tendencję do dokonywania niekorzystnych dla siebie porównań z innymi. Na przykład Sally stale porównywała się z bratem, który (ponieważ był pięć lat starszy) potrafił niemal wszystko zrobić lepiej niż ona. Zamiast uznać, że przypuszczalnie będzie mogła dorównać jego osiągnięciom, kiedy osiągnie ten sam wiek, interpretowała ogromne różnice między tym, czego mogła dokonać w danym czasie, a jego dokonaniami w tym samym okresie jako oznakę własnej niekompetencji. Porównywała się także z najlepszymi studentami na roku i znajdowała u siebie niedostatki.

Sally zawsze była wyczulona na oznaki własnej niekompetencji i niekiedy lekceważyła oznaki kompetencji lub nie potrafiła ich dostrzec u siebie. Rozwinęła pewne reguły, które miały chronić ją przed okazaniem własnej niekompetencji (np. „Muszę bardzo ciężko pracować", „Muszę wykorzystać w pełni swoje możliwości", „Zawsze muszę się starać z całych sił"). W rezultacie rozwinęła następujące strategie kompensacyjne: ma wysokie oczekiwania wobec siebie, pracuje bardzo ciężko, jest wyczulona na swoje niedociągnięcia i unika proszenia o pomoc. Zanim rozpoczęła naukę w college'u, kierowała się w życiu podobnymi założeniami: „Jeśli będę mieć bardzo dobre wyniki, to znaczy, że jestem w porządku", „Jeśli ukryję swoje słabości, inni będę uważać mnie za osobę kompetentną".

W okresie nauki w szkole średniej Sally uzyskiwała dość wysokie wyniki (w jej ocenie), ale na pierwszym roku college'u zaczęła mieć trudności. Pojawił się u niej dość silny lęk. Zostało uruchomione kluczowe przekonanie o własnej niekompetencji. Zaczęła mieć lękowe automatyczne myśli dotyczące porażki. Lęk przeszkadzał jej w efektywnym uczeniu się i rozwiązywaniu problemów. Zaczęła także ograniczać kontakty z innymi oraz unikać nauki i innych wyzwań. Jej sposób myślenia zdominowały wtedy naturalne wnioski płynące z jej założenia: „Jeśli nie osiągnę bardzo dobrych wyników, to jestem do niczego", „Jeśli poproszę kogoś o pomoc, to będę uważana za osobę niekompetentną". Gdy zaczęła gorzej sobie radzić, nabrała przekonania o własnej niekompetencji. Brak produktywności i niemożność uzyskania wsparcia od innych prawdopodobnie przyczyniły się do wystąpienia jej depresji.

III. PLAN LECZENIA

A. Lista problemów
1. Nauka i pisanie prac pisemnych.
2. Zabieranie głosu na zajęciach i przystępowanie do egzaminów.
3. Wycofanie społeczne.
4. Brak asertywności w relacjach ze współlokatorką, profesorami.
5. Spędzanie zbyt dużo czasu w łóżku.

B. Cele leczenia
1. Zmniejszenie samokrytycyzmu.
2. Nauczenie podstawowych narzędzi poznawczych, zapisu myśli itp.
3. Zmniejszenie ilości czasu spędzanego w łóżku.
4. Znalezienie zdrowszych sposobów spędzania czasu wolnego.
5. Rozwiązywanie problemów związanych z nauką, pisaniem prac, egzaminami.
6. Rozwijanie asertywności

C. Planowane działania
W ramach terapii zaplanowano zmniejszenie depresji i lęku u Sally za pomocą technik reagowania na automatyczne myśli (zwłaszcza te związane z poczuciem niższości i niekompetencji), zwiększenie jej aktywności za pomocą planowania zajęć, przezwyciężenie trudności z nauką i odrabianiem zadań przy użyciu procedury rozwiązywania problemów oraz rozwijanie asertywności za pomocą odgrywania ról i modyfikowania przekonań zakłócających.

Scanned by CamScanner

IV. PRZEBIEG TERAPII

A. Relacja terapeutyczna: Sally bez trudu zaangażowała się w terapię. Swoją terapeutkę postrzegała jako osobę kompetentną i życzliwą.

B. Interwencje/procedury

1. Nauczono pacjentkę standardowych narzędzi poznawczych służących do analizowania i podważania automatycznych myśli (co pozwoliło jej dostrzec swój dysfunkcjonalny, zniekształcony sposób myślenia i w rezultacie znacznie zmniejszyć objawy depresyjne i lękowe).
2. Polecono jej, aby przeprowadziła eksperymenty behawioralne w celu zweryfikowania swoich założeń. Doprowadziło to do zmniejszenia unikania i zwiększenia asertywności.
3. Udzielono jej pomocy w zaplanowaniu i zwiększeniu liczby przyjemnych zajęć.
4. Przeprowadzono zwykłą procedurę rozwiązywania problemów.
5. Wykonano odgrywanie ról w celu nauczenia jej asertywności.

C. Przeszkody: Brak

D. Wynik: Depresja Sally stopniowo się zmniejszała w okresie trzech miesięcy od rozpoczęcia terapii aż do osiągnięcia pełnej remisji.

DODATEK B

TERAPIA POZNAWCZO-BEHAWIORALNA – SZKOLENIA I MATERIAŁY

PROGRAMY SZKOLENIOWE

Usytuowany na przedmieściach Filadelfii Beck Institute for Cognitive Therapy and Research (www.beckinstitute.org) organizuje rozmaite szkolenia wewnętrzne, wyjazdowe i on-line.

MATERIAŁY I INFORMACJE DLA TERAPEUTÓW I PACJENTÓW

Informacje na temat poniższych materiałów można znaleźć na stronie www.beckinstitute.org.

- Broszury dla pacjentów
- Pakiet kart
- Skala Oceny Terapii Poznawczej wraz z podręcznikiem
- Książki, płyty DVD i taśmy autorstwa dr. Aarona T. Becka i dr Judith S. Beck
- Katalog szkoleniowy
- Informacje kontaktowe psychoterapeutów z certyfikatem Akademii Terapii Poznawczej

Scanned by CamScanner

MATERIAŁY DO DIAGNOZY

Następujące kwestionariusze i opracowane dla nich podręczniki można zamówić na stronie www.beckscales.com:

- Skala Depresji Becka – II (Kwestionariusz Depresji BDI-II)[2]
- Skala Depresji Becka – Krótki Test Przesiewowy dla Pacjentów z Problemami Somatycznymi
- Skala Lęku Becka
- Skala Beznadziejności Becka
- Skala Myśli Samobójczych Becka
- Skala Objawów Obsesyjno-Kompulsyjnych Clarka-Becka
- Skale Objawów Dziecięcych – wydanie drugie

ORGANIZACJE ZAWODOWE

Academy of Cognitive Therapy (Akademia Terapii Poznawczej; www.academyofct.org)

Association for Behavioral and Cognitive Therapies (Towarzystwo Terapii Behawioralnych i Poznawczych; www.abct.org)

British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (Brytyjskie Towarzystwo Psychoterapii Behawioralnych i Poznawczych; www.babcp.com)

European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (Europejskie Towarzystwo Terapii Behawioralnych i Poznawczych; www.eabct.com)

International Association for Cognitive Psychotherapy (Międzynarodowe Towarzystwo Psychoterapii Poznawczej; www.the-iacp.com)

Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej (www.pttpb.pl), akredytowany członek European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (uprawnione do wydawania certyfikatów EABCT)

[2] Informacje dotyczące polskiej adaptacji narzędzia można znaleźć w artykule B. Zawadzkiego, A. Popiel i E. Pragłowskiej, *Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza BDI-II Aarona Becka*, „Psychologia-Etologia-Genetyka" 2009, nr 19, s. 71– 95 (przyp. red. nauk.).

DODATEK C

SKALA OCENY TERAPII POZNAWCZEJ

Poniższa skala oceny, stosowana w najważniejszych badaniach naukowych i przez Akademię Terapii Poznawczej jako wskaźnik kompetencji, jest wykorzystywana za zgodą.

Skalę tę wraz z towarzyszącym jej podręcznikiem można znaleźć na stronie www.academyofct.org.

TERAPEUTKA: _____ Pacjent: _____ **Data sesji:** _____

Nr identyfikacyjny nagrania: _____ Osoba oceniająca: _____ **Data oceny:** _____

Nr sesji: _____ ( ) Nagranie wideo ( ) Nagranie audio ( ) Obserwacja na żywo

Wskazówki: Dla każdej pozycji oceń terapeutę na skali od 0 do 6 i zapisz ocenę na linii umieszczonej obok numeru pozycji. Opisy podano dla parzystych punktów skali. *Jeśli w twoim przekonaniu zachowanie terapeuty mieści się między dwoma opisami, wybierz pośrednią liczbę nieparzystą (1, 3, 5).* Na przykład jeśli terapeuta bardzo dobrze ustalił program, ale nie określił hierarchii ważności problemów, przypisz mu ocenę 5, a nie 4 czy 6.

Jeśli zdarzy się, że opisy dla danej pozycji twoim zdaniem nie dotyczą ocenianej sesji, wykorzystaj zamiast nich bardziej ogólną skalę podaną niżej:

0	1	2	3	4	5	6
Niedostateczny/a	Ledwo wystarczający/a	Mierny/a	Zadowalający/a	Dobry/a	Bardzo dobry/a	Znakomity/a

Nie zostawiaj żadnej pozycji niewypełnionej. Przy wszystkich pozycjach skup się na sprawności terapeuty, biorąc pod uwagę trudności, jakie może sprawiać dany pacjent.

Scanned by CamScanner

CZĘŚĆ I. OGÓLNE UMIEJĘTNOŚCI TERAPEUTYCZNE

____ 1. PROGRAM
0 Terapeuta nie ustalił programu.
2 Terapeuta ustalił program, który był niejasny lub niepełny.
4 Terapeuta pracował z pacjentem nad ustaleniem zadowalającego obie strony programu, który obejmował określone problemy docelowe (np. lęk w pracy, niezadowolenie z małżeństwa).
6 Terapeuta pracował z pacjentem nad ustaleniem właściwego programu z problemami docelowymi, dostosowanego do możliwości czasowych. Określił hierarchię ważności, a następnie trzymał się programu.

____ 2. INFORMACJE ZWROTNE
0 Terapeuta nie poprosił pacjenta o informacje w celu ustalenia, jak pacjent rozumie przebieg sesji lub jakie są jego reakcje.
2 Terapeuta uzyskał od pacjenta pewne informacje zwrotne, ale nie zadał wystarczającej liczby pytań w celu upewnienia się, że pacjent zrozumiał kierunek rozumowania terapeuty podczas sesji, *lub* ustalenia, czy pacjent jest zadowolony z sesji.
4 Terapeuta zadał pacjentowi wystarczającą liczbę pytań w celu upewnienia się, że pacjent zrozumiał kierunek rozumowania terapeuty podczas sesji oraz określenia reakcji pacjenta na sesję. Terapeuta dostosował swoje zachowanie w reakcji na informacje zwrotne, gdy było to wskazane.
6 Terapeuta wykazał się szczególną sprawnością w uzyskiwaniu od pacjenta werbalnych i niewerbalnych informacji zwrotnych w czasie całej sesji oraz w reagowaniu na te informacje (np. uzyskał odpowiedzi na pytania o reakcje na sesję, systematycznie sprawdzał rozumienie, pomógł podsumować główne kwestie pod koniec sesji).

____ 3. ROZUMIENIE
0 Terapeuta wielokrotnie nie rozumiał tego, co pacjent powiedział wprost, i dlatego stale błędnie interpretował sytuację. Niedostateczna umiejętność empatii.
2 Terapeuta zazwyczaj umiał odzwierciedlić lub sparafrazować to, co pacjent powiedział wprost, ale wielokrotnie nie reagował na bardziej subtelne komunikaty. Ograniczona zdolność słuchania i empatii.
4 Terapeuta na ogół wydawał się pojmować „wewnętrzną rzeczywistość" pacjenta, odzwierciedloną zarówno przez to, co pacjent powiedział wprost, jak i przez to, co komunikował w bardziej subtelny sposób. Dobra zdolność słuchania i empatii.
6 Terapeuta wydawał się dogłębnie rozumieć „wewnętrzną rzeczywistość" pacjenta, wykazywał się sprawnością w komunikowaniu tego rozumienia za pomocą właściwych werbalnych i niewerbalnych reakcji (np. ton odpowiedzi terapeuty wyrażał empatyczne rozumienie „komunikatu" pacjenta). Znakomita zdolność słuchania i empatii.

____ 4. SKUTECZNOŚĆ W RELACJI INTERPERSONALNEJ
0 Terapeuta ma niedostateczne umiejętności interpersonalne. Wydawał się wrogo nastawiony do pacjenta, poniżał go lub w inny sposób działał na niego destrukcyjnie.
2 Terapeuta nie wydawał się destrukcyjny, ale miał wyraźne problemy interpersonalne. Zdarzało się, ze terapeuta wydawał się niepotrzebnie niecierpliwy, zdystansowany, nieszczery lub miał trudności z wyrażeniem zaufania i ukazaniem kompetencji.
4 Terapeuta przejawiał zadowalający poziom życzliwości, troski, zaufania, autentyczności i profesjonalizmu. Brak wyraźnych problemów interpersonalnych.
6 Terapeuta przejawiał optymalny poziom życzliwości, troski, zaufania, autentyczności i profesjonalizmu, odpowiedni dla danego pacjenta i danej sesji.

____ 5. WSPÓŁPRACA
0 Terapeuta nie próbował współpracować z pacjentem.
2 Terapeuta próbował współpracować z pacjentem, ale miał trudności albo z określeniem problemu, który pacjent uważał za istotny, albo z ustanowieniem dobrej relacji.
4 Terapeuta potrafił współpracować z pacjentem, skupić się na problemie, który obie strony uważały za istotny, i ustanowić dobrą relację.
6 Współpraca wydawała się znakomita. Terapeuta w miarę możliwości zachęcał pacjenta do aktywnego uczestnictwa w sesji (np. proponując mu możliwości wyboru), tak aby mogli funkcjonować jako „zespół".

____ 6. TEMPO I EFEKTYWNE WYKORZYSTANIE CZASU
0 Terapeuta nie podejmował prób ustrukturyzowania czasu terapii. Sesja wydawała się bezcelowa.
2 Sesja była w pewien sposób ukierunkowana, ale terapeuta miał znaczne trudności ze strukturyzacją lub tempem (np. zbyt mały stopień strukturyzacji, brak elastyczności w odniesieniu do porządku sesji, zbyt wolne tempo, zbyt szybkie tempo).
4 Terapeuta zasadniczo poradził sobie z efektywnym wykorzystaniem czasu. Zachował właściwą kontrolę nad przebiegiem rozmowy i tempem sesji.
6 Terapeuta efektywnie wykorzystywał czas, taktownie ograniczając dygresje i bezproduktywne rozmowy oraz prowadząc sesję w tempie właściwym dla pacjenta.

CZĘŚĆ II. KONCEPTUALIZACJA, STRATEGIA I TECHNIKA

____ 7. DIALOG SOKRATEJSKI
0 Terapeuta polegał przede wszystkim na debacie, perswazji lub „wykładaniu". Wydawał się brać pacjenta w krzyżowy ogień pytań, zmuszając go do przyjęcia postawy obronnej lub narzucając mu swój punkt widzenia.
2 Terapeuta za bardzo polegał na perswazji i debacie zamiast na dialogu sokratejskim. Jego styl był jednak na tyle wspierający, że pacjent nie czuł się atakowany czy zmuszony do obrony.

Scanned by CamScanner

4 Terapeuta pomagał w dostrzeżeniu nowych punktów widzenia częściej za pomocą dialogu sokratejskiego (np. analizując dowody, rozważając inne możliwości, zastanawiając się nad wadami i zaletami) niż poprzez debatę. Używał pytań we właściwy sposób.

6 Terapeuta wykazał się szczególną sprawnością w analizowaniu problemów za pomocą dialogu sokratejskiego i pomagał pacjentowi w samodzielnym wyciągnięciu wniosków. Osiągnął znakomitą równowagę między umiejętnym zadawaniem pytań a innymi formami interwencji.

____ 8. SKUPIENIE UWAGI NA NAJWAŻNIEJSZYCH TREŚCIACH POZNAWCZYCH I ZACHOWANIACH

0 Terapeuta nie próbował wydobyć konkretnych myśli, założeń, wyobrażeń, znaczeń czy zachowań.

2 Terapeuta wydobywał myśli lub zachowania za pomocą właściwych technik, miał jednak trudności ze znalezieniem właściwego przedmiotu uwagi lub skupiał się na treściach poznawczych/zachowaniach, które nie odnosiły się do głównych problemów pacjenta.

4 Terapeuta skupiał się na konkretnych treściach poznawczych i zachowaniach, które odnosiły się do docelowego problemu. Mógł się jednak koncentrować na ważniejszych treściach poznawczych lub zachowaniach, które dawały większe szanse na postęp w terapii.

6 Terapeuta umiejętnie skupiał się na głównych myślach, założeniach, zachowaniach itp., które były najważniejsze dla problemowego obszaru i dawały znaczne szanse na postęp w terapii.

____ 9. STRATEGIA ZMIANY (*Uwaga*: w przypadku tej pozycji należy się skupić na jakości strategii obranej przez terapeutę, a nie na skuteczności jej wdrożenia czy rzeczywistym wystąpieniu zmiany)

0 Terapeuta nie dokonał wyboru technik poznawczo-behawioralnych.

2 Terapeuta wybrał techniki poznawczo-behawioralne, ale albo ogólna strategia spowodowania zmiany wydawała się niejasna, albo niezbyt dobrze rokowała.

4 Terapeuta wydawał się mieć ogólnie spójną strategię zmiany, która dobrze rokowała i włączył techniki poznawczo-behawioralne.

6 Terapeuta trzymał się spójnej strategii zmiany, która wydawała się bardzo dobrze rokować, i włączył najbardziej właściwe techniki poznawczo-behawioralne.

____ 10. ZASTOSOWANIE TECHNIK POZNAWCZO-BEHAWIORALNYCH (*Uwaga*: w przypadku tej pozycji należy się skupić na sprawności w stosowaniu technik, a nie na tym, czy były one właściwe dla docelowego problemu i czy zmiana rzeczywiście wystąpiła)

0 Terapeuta nie zastosował technik poznawczo-behawioralnych.

2 Terapeuta stosował techniki poznawczo-behawioralne, ale w sposobie ich stosowania były znacznie uchybienia.

4 Terapeuta stosował techniki poznawczo-behawioralne z umiarkowaną sprawnością.

6 Terapeuta bardzo sprawnie i pomysłowo wykorzystywał techniki poznawczo-behawioralne.

____ 11. PRACA OSOBISTA

0 Terapeuta nie próbował włączyć pracy osobistej istotnej z punktu widzenia terapii poznawczej.

2 Terapeuta miał znaczne trudności z włączeniem pracy osobistej (np. nie omówił poprzednich zadań, nie wyjaśnił pracy osobistej dostatecznie szczegółowo, wyznaczył niewłaściwe zadania).

4 Terapeuta omówił poprzednią pracę osobistą i wyznaczył „standardowe" zadania, zasadniczo odnoszące się do zagadnień, które były przedmiotem uwagi na sesji. Zadania zostały wyjaśnione dostatecznie szczegółowo.

6 Terapeuta omówił poprzednie zadania i starannie wyznaczył pracę osobistą na najbliższy tydzień. Praca osobista wydawała się dostosowana do tego, aby pomóc pacjentowi w przyjęciu nowych punktów widzenia, zweryfikowaniu hipotez, poeksperymentowaniu z nowymi zachowaniami omawianymi podczas sesji itp.

CZĘŚĆ III. POZOSTAŁE ASPEKTY

12. ____ a. Czy podczas sesji pojawiły się jakieś szczególne problemy (np. niewykonanie pracy osobistej, interpersonalne problemy między terapeutą a pacjentem, poczucie beznadziejności w związku z kontynuowaniem terapii, nawrót)?

TAK NIE

____ b. *Jeśli odpowiedź jest twierdząca*:

0 Terapeuta nie potrafił odpowiednio zająć się szczególnymi problemami, które się pojawiły.

2 Terapeuta potrafił odpowiednio zająć się szczególnymi problemami, które się pojawiły, ale użył strategii lub konceptualizacji, które są niezgodne z terapią poznawczą.

4 Terapeuta próbował zająć się szczególnymi problemami, wykorzystując ramy pojęciowe terapii poznawczej, ale był umiarkowanie sprawny w stosowaniu technik.

6 Terapeuta bardzo sprawnie radził sobie ze szczególnymi problemami, wykorzystując ramy pojęciowe terapii poznawczej.

13. Czy podczas sesji pojawiły się jakieś nadzwyczajne okoliczności, które twoim zdaniem usprawiedliwiają odchylenia od standardowego podejścia mierzonego za pomocą tej skali?

TAK (Proszę wyjaśnić poniżej) NIE

Scanned by CamScanner

CZĘŚĆ IV. CAŁOŚCIOWA OCENA I UWAGI

14. Jak całościowo oceniłbyś/oceniłabyś klinicystę na tej sesji jako terapeutę poznawczego?

0	1	2	3	4	5	6
Niedostateczny/a	Ledwo wystarczający/a	Mierny/a	Zadowalający/a	Dobry/a	Bardzo dobry/a	Znakomity/a

15. Gdybyś miał przeprowadzić badanie dotyczące skuteczności terapii poznawczej, czy uważasz, że wybrałbyś/wybrałabyś tego terapeutę do udziału w tym badaniu (zakładając, że te sesja jest typowa)?

0	1	3	5	6
Zdecydowanie nie	Prawdopodobnie nie	Nie jestem pewny/a	Prawdopodobnie tak	Zdecydowanie tak

Jak trudna twoim zdaniem była praca z tym pacjentem?

0	1	2	3	4	5	6
Nietrudna – pacjent był bardzo otwarty			Umiarkowanie trudna			Niezwykle trudna

17. UWAGI I SUGESTIE DOTYCZĄCE DOSKONALENIA PRACY TERAPEUTY

18. CAŁOŚCIOWA OCENA

Skala oceny:	0	1	2	3	4	5
	Niedostateczny/a	Mierny/a	Zadowalający/a	Dobry/a	Bardzo dobry/a	Znakomity/a

Za pomocą powyższej skali podaj całościową ocenę umiejętności tego terapeuty zademonstrowanych na niniejszym nagraniu. Zakreśl odpowiednią liczbę.

Bibliografia

Alford B.A., Beck A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press; wyd. pol. *Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię*, przeł. M. Łamacz, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. IV poprawione). Washington, DC: Author.

Antony M.M., Barlow D.H. (red.) (2010). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (wyd. II). New York: Guilford Press.

Arnkoff D.B., Glass C.R. (1992). Cognitive therapy and psychotherapy integration. W: D.K. Freedheim (red.), *History of psychotherapy: A century of change* (s. 657–694). Washington, DC: American Psychological Association.

Barlow D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (wyd. II). New York: Guilford Press.

Beck A.T. (1964). *Thinking and depression: II. Theory and therapy*. „Archives of General Psychiatry", nr 10, s. 561–571.

Beck A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck A.T. (1987). *Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy*. W: S. Rachman, J. Maser (red.), *Panic: Psychological perspectives* (s. 91–109). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Beck A.T. (1999). *Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach*. W: C.R. Cloninger (red.), *Personality and psychopathology* (s. 411–429). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Beck A.T. (2005). *The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective*. „Archives of General Psychiatry", nr 62, s. 953–959.

Beck A.T., Beck J.S. (1991). *The personality belief questionnaire*. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy.

Scanned by CamScanner